



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

« Vers une évaluation gériatrique enfin standardisée »

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mars à 18h
au Pôle Formation

Par Marie DUFLOT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Madame le Docteur Céline DELECLUSE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

GLOSSAIRE

ADL : Activities of daily living
AGGIR : Autonomie Gerontologie groupes iso-ressources
AIT : Accident ischémique transitoire
ALD : Affection de longue durée
APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
AVC : Accident vasculaire cérébral
CHRU : Centre hospitalier régional universitaire
CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale Geriatric
CPK : Creatine phosphokinase
CPP : Comité de protection des personnes
CRP : C- reactive protein
DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge
EGS : Evaluation gériatrique standardisée
EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPAFRA : Etude des personnes âgées fragiles
EVA : Echelle visuelle analogique
GDS : Geriatric depression scale
GFST : Gerontopole frailty screenig tool
GIR : Groupe Iso-ressources
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HHIES : Hearing Handicap Inventory for the Ederly Screening
IADL : Instrumental activities of daily living
IDE : Infirmière diplômée d'état
LDH : Lactate deshydrogenase
MDRD : Modification of the diet in renal disease
MMSE : Mini Mental State Examination
MNA : Mini nutritional Assessment
OHAT : Oral Health Assessment Tool
SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

DUFLOT Marie

SFDRMG : Société française de documentation et de recherche de médecine générale

SFGG : Société française de gériatrie et de gérontologie

SPPB : Short Physical Performance Battery

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

TSH : Thyroid stimulating hormone

TUG : Time up and go test

USLD : Unité de soins longue durée

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| PREAMBULE | 12 |
| INTRODUCTION..... | 14 |
| MATERIELS ET METHODE | 16 |
| RESULTATS | 18 |
| 1) description des différentes EGS..... | 18 |
| 2) Proposition d'évaluation gériatrique standardisée | 32 |
| DISCUSSION | 52 |
| CONCLUSION..... | 56 |
| BIBLIOGRAPHIE | 57 |
| ANNEXES..... | 60 |

PREAMBULE

Le vieillissement de la population est inéluctable. Le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait à lui seul, de plus de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En France, une personne sur trois aura ainsi plus de 60ans en 2060 (1). La prévalence de la fragilité dans la population de plus de 65 ans vivant à domicile est de 10 % en moyenne, mais peut varier selon les échelles et les régions de 5 à 58 %. Cette dernière augmente avec l'âge et est plus élevée chez les femmes (2). Ce vieillissement de la population et la perte d'autonomie qui en découle, ont un lien important avec les dépenses de santé.

La fragilité est un concept important en gériatrie, initialement élaboré par Linda Fried à la fin des années 1990 (3), puis revu selon une approche plus clinique par Rockwood . De nombreuses définitions de cette dernière existent. Les points communs retrouvés sont la diminution des réserves physiologiques, l'état d'homéostasie instable et le risque accru de conséquences délétères pour la santé. La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) la définit comme « un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve, altérant les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de la fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome ».

Selon les échelles de dépistage, différents stades de fragilité sont définis en gériatrie, depuis le robuste jusqu'à l'extrême fragilité. L'évolution entre ces différents stades s'effectue de façon dynamique et une amélioration des scores de fragilité est observée dans certains cas, comme le montre une étude menée en 2006 par T.Gill et son équipe (4), ou encore une étude plus récente, publiée en 2015, par Tze Pin Ng et all (5). Elle est ainsi un processus potentiellement réversible d'où l'intérêt de la dépister.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande dans sa circulaire de 2013 le dépistage des personnes âgées fragiles dès 70ans. La fragilité est rapidement prédictive de chutes, de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès (Fried 2001). La mettre en évidence est une aide à

la prise en charge globale et à la prise de décision thérapeutique, afin de prévenir l'installation de syndromes gériatriques et de complications en lien avec des actes médicaux qui seraient inappropriés. La prise en charge de ses déterminants peut réduire ou retarder ses conséquences. Ensuite, la connaissance de ce concept dans le grand public pourrait permettre de préparer de façon progressive, les patients et leur famille, aux risques accrus de complications en cascade et de déclin fonctionnel encourus lors d'une hospitalisation. Enfin, identifier la fragilité pourrait être une aide à l'orientation adaptée des personnes âgées au sein des centres hospitaliers. En effet, la demande de prise en charge spécifique des personnes âgées dans les services de gériatrie est en perpétuelle augmentation du fait du vieillissement de la population. Le manque de lits et de personnels dans ces services justifie de cibler les patients fragiles afin qu'ils puissent bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge gériatrique multidisciplinaire. La dépister permettrait donc, à terme, de réduire les coûts globaux en diminuant le taux d'institutionnalisation et d'hospitalisation (6).

De nombreux outils d'évaluation de cette fragilité ont été développés ces dernières années (6), dont l'applicabilité est très variée. Certains outils sont meilleurs pour le dépistage de la fragilité et d'autres pour l'évaluation de celle-ci (7). Huit facteurs de fragilité, modifiables par des interventions ont été mis en avant dans la littérature tels le statut nutritionnel, l'activité physique, la mobilité, l'énergie, la force musculaire, la cognition, l'humeur et l'environnement social (8). D'après l'étude de Theou et al, publiée en 2013, il semblerait que la prévalence de la fragilité varie entre ces différentes échelles. Une grande variabilité semble également constatée dans les caractéristiques de la fragilité évaluée en utilisant des échelles différentes (9). Ainsi, pour déterminer au mieux le statut de fragilité d'une personne âgée, une évaluation à la fois clinique et fonctionnelle est nécessaire ; On parle alors d'évaluation gériatrique standardisée.

INTRODUCTION DU TRAVAIL : Le Projet EPAFRA

Il s'agit d'une étude transversale multicentrique, coordonné par le Pr LEFEBVRE, médecin généraliste et Professeur associé au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille 2, sur le pôle de santé de la ville de HEM. L'objectif principal est de déterminer la sensibilité et la spécificité diagnostiques de deux échelles de dépistage de la fragilité, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par le médecin généraliste : le travail se fera à l'aide de l'échelle du GERONTOPOLE de Toulouse et de celle d'EDMONTON.

La population cible concerne les personnes assurées sociales, vivant à domicile, en EHPA, en EHPAD sur le pôle de santé de la ville de HEM. Les critères de non inclusion sont la dépendance selon l'ADL de Katz cotée à une valeur inférieure à 5/6. Ensuite les personnes sortantes d'hospitalisation ou ayant eu un épisode inter récurrent sévère (infectieux, métabolique, cardiovasculaire, neurologique et traumatologique) à moins d'un mois ne sont pas incluses. Enfin les personnes incluses de façon simultanée dans une autre étude sont exclues. L'autorisation de la Fédération de Recherche Clinique du CHRU de Lille a été obtenue pour que l'institution en soit le promoteur et l'avis du CPP est en attente, conformément à la loi Jardé.

Cette étude, anonymisée, se déroule en deux étapes. La première, ambulatoire, concerne l'inclusion des patients, ayant donné leur consentement éclairé, écrit et signé. Une évaluation par l'échelle ADL de Katz est effectuée systématiquement afin de ne pas inclure les personnes dépendantes. Ensuite une seconde évaluation par les échelles du GERONTOPOLE de Toulouse et d'EDMONTON permet de dépister la fragilité, si l'une des deux grilles est positives par les médecins généralistes. Le résultat de cette seconde évaluation n'est pas connu par le patient. La seconde étape, hospitalière, concerne l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) dont le but est de valider ou non le dépistage fait en ville. Celle-ci est réalisée dans un délai d'un mois maximum par un gériatre qui ignore si la personne a été estimée fragile ou vigoureuse en consultation ambulatoire. Celle-ci s'effectue sur les cinq sites hospitaliers prévus partenaires de l'étude que sont le CH Victor Provo de Roubaix (Dr Laurent Véra), la Clinique Saint Jean de Roubaix (Dr Virginie Béra), le CH Gustave Dron de Tourcoing (Dr Karim Gallouj), l'Hôpital Saint Philibert de Lomme (Dr Céline Delecluse) et Hôpital Les Bateliers du CHRU de Lille (Pr François Puisieux).

Le but du présent travail était d'établir, pour ce projet, un outil commun aux différents centres hospitaliers participants, d'évaluation gériatrique standardisée, pour valider la fragilité, initialement repérée en soins primaires à l'aide du Gérontopôle et de l'échelle d'EDMONTON.

MATERIELS ET METHODE

Une étude préliminaire à celle-ci, réalisée par Aude Le Joubioux, sous la direction du Professeur Jean Marc Lefebvre, a permis d'établir dans les suites d'une réunion d'un groupe d'experts généralistes, deux grilles de dépistage de la fragilité comme représentatives des possibilités de dépistage en médecine de soin primaire ; Ce sont celle du Gérontopôle de Toulouse ou « Gerontopole Frailty Screening Tool » (GFST) et l'échelle d'Edmonton traduite en français. Elles représentaient l'assemblage des items choisis lors de la réalisation du groupe nominal, et permettaient leur utilisation dans un contexte de consultation de soin primaire.

Afin d'estimer la sensibilité et la spécificité de ces deux échelles de repérage de la fragilité en soins primaires, il fallait donc les confronter à la technique de référence du dépistage de cette dernière, l'évaluation gériatrique standardisée. Cette étape est un des objectifs du projet EPAFRA.

Ainsi, un recueil des méthodes d'EGS des cinq centres hospitaliers partenaires du projet, a été réalisé. Une comparaison de ces différentes approches a été effectuée. Une des cinq équipes n'a malheureusement pas pu nous faire parvenir leur EGS. Les modalités de travail étaient en grande partie similaires mais certains aspects différés d'une équipe à l'autre.

Dans un second temps, des tableaux comparatifs pour chaque item des diverses EGS ont été établis, permettant de mettre en exergue un certain nombre d'échelles standardisées. Cette mise en évidence a permis de définir une proposition d'outil uniformisé en gardant uniquement pour chaque item des échelles validées, réalisées dans au moins deux centres hospitaliers.

Cette ébauche d'outil a ensuite été soumise à l'arbitrage du Professeur François PUISIEUX, chef du pôle gériatrique du CHRU de Lille, afin d'établir non pas une évaluation gériatrique approfondie mais une évaluation gériatrique standardisée type, avec comme son nom l'indique, un ensemble d'échelles standardisées, validées. Cette rencontre s'est déroulée le 16 Janvier 2017 à l'hôpital gériatrique « les Bateliers » de Lille avec la présence du chef de projet. Pour chaque item relevé, l'échelle standardisée validée a été discutée avec l'expert gériatre.

Dans les suites de cette rencontre, une méthode d'EGS a été proposée afin d'uniformiser les pratiques gériatriques des cinq équipes pour l'étude, en accord avec le contrat initial passé avec le pôle de santé généraliste.

RESULTATS : Première Partie

DESCRIPTION DES DIFFERENTES EGS :

1) EGS Hôpital Les Bateliers du CHRU de Lille :

L'évaluation de la fragilité d'un patient, par l'équipe du pôle de gériatrie du CHRU de Lille est réalisée notamment dans le cadre de leur évaluation oncogériatrique afin d'évaluer les thérapeutiques envisageables.

La première partie de cette EGS, administrative, reprend d'une part les informations générales du patient (Sexe, identité, date et lieu de naissance) ; d'autre part le contexte social et l'environnement : aidant naturel principal, lieu de vie (domicile, foyer logement, EHPAD/USLD, solitude au domicile), sources d'aides professionnelles (auxiliaire de vie, IDE, SSIAD, HAD, APA, Protection juridique).

La seconde partie évalue :

- les comorbidités avec calcul du score CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale Geriatric) (ANNEXE 1). Il s'agit d'un score d'évaluation des comorbidités en oncogériatrie. Ce dernier évalue quatorze comorbidités : cardiaque, vasculaire, hématologique, ORL et ophtalmologique, digestif (supérieur et inférieur), hépatique, rénal, génito-urinaire, musculo-squelettique et cutané, neurologique, endocrinométabolique et psychiatrique. On cote de 0 (Absent) à 4 (très sévère) chaque comorbidité.
- Les habitudes de vie avec la présence ou non d'une intoxication alcoolo-tabagique.
- L'autonomie avec les scores ADL et IADL (ANNEXE 2). Il s'agit de deux grilles d'évaluation de l'autonomie anciennes et validées. L'indice de Katz (1970) ou échelle ADL (Activities of daily living) évalue 6 items (la toilette, l'habillage, l'utilisation des WC, les transferts, la continence et l'alimentation) ; on cote 0 lorsque le patient est dépendant, 0,5 lorsque le patient nécessite une aide partielle, 1 lorsqu'il est autonome pour réaliser ces activités. Le Test de Lawton ou échelle IADL (Instrumental activities

of daily living) évalue 8 items (l'utilisation du téléphone, faire les courses, faire la cuisine, faire le ménage, faire les lessives, l'utilisation des transports, la prise des médicaments, la gestion financière).

- L'état nutritionnel avec les mensurations et l'Indice de Masse Corporel, l'évaluation d'une perte de poids (absente, supérieur à 2% en une semaine, supérieur à 5% en un mois, supérieur à 10% en six mois, autre ou non chiffrable), les dosages d'albuminémie et de préalbuminémie, le mini- MNA (Mini nutritional Assessment) ; Il évalue 7 items ; En cas de score inférieur ou égal à 12/30, le MNA est réalisé (ANNEXE 3); il évalue 18 items et est coté sur 30 :

| | Mini MNA / 14 | MNA / 30 |
|--------------------------|---------------|-----------|
| Etat nutritionnel normal | 12 - 14 | ≥ 24 |
| Risque de dénutrition | 8-11 | 17 – 23,5 |
| Dénutrition avérée | 0-7 | < 17 |

- L'évaluation cognitive avec le MMSE (Mini Mental State Examination) (ANNEXE 4) :

Il permet d'évaluer les fonctions mentales (jugement, mémoire, organisation mentale, orientation dans le lieu, le temps, les personnes) et les fonctions perceptives (schéma corporel, relations spatiales, reconnaissances). Un score inférieur à 24/30, « tout âge confondu et tout niveau socio-culturel confondu » correspond à une altération des fonctions cognitives. Le score est à interpréter en fonction de l'âge, du niveau socio-culturel, de l'activité professionnelle et sociale, de l'état affectif, et de l'état de vigilance du patient.

- L'évaluation thymique avec le mini-GDS ou le GDS (geriatric depression scale) (ANNEXE 5) ; le GDS évalue 30 items et le mini GDS évalue 4 items :

| | GDS /30 |
|---------------------------------|---------|
| Score normal | 0-5 |
| Forte probabilité de dépression | 5- 9 |
| Dépression avérée | ≥ 10 |

| | Mini GDS /4 |
|---|-------------|
| Forte probabilité d'absence de dépression | 0 |
| Forte probabilité de dépression | ≥ 1 |

- L'évaluation de la marche et de l'équilibre : nombre de chutes au cours de l'année écoulée, time up and go test, appui unipodal.

Up & Go test

| | Fait : 1 | Ne fait pas : 0 | Non réalisable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Inviter la personne à : | ↓ | ↓ | ↓ |
| • Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Traverser la pièce - distance de 3 mètres : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Faire demi-tour : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Revenir s'asseoir : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Temps nécessaire : _____ secondes.
- Score : _____ / 4

*Interprétation : risque de chute si score ≤ 1 et temps de réalisation > 20 secondes.
On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.*

L'appui unipodal consiste à demander au patient de tenir pendant au moins 5 secondes, en appui sur un pied, droit puis gauche.

- Le ressenti du patient : présence ou non de douleurs, d'anxiété, d'asthénie.
- Des données biologiques : hémoglobine, la créatininémie et la clairance selon MDRD et Cockcroft, la CRP, les LDH.

La troisième partie repère la présence ou non d'un syndrome gériatrique : dénutrition, troubles de déglutition, chutes répétées (≥ 2 /an), troubles de l'équilibre ou de la marche, troubles de mémoire ou démence, confusion mentale, dépression, perte d'autonomie, escarre, incontinence, troubles visuels, troubles auditifs, troubles du sommeil.

Cette partie évalue également les Scores de Lee, permettant une évaluation de la mortalité par un auto-questionnaire à 4ans et de Walter afin d'estimer la mortalité à 1an.

Le score de Lee comporte douze items : l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, la présence ou non d'un diabète, d'un cancer, d'une pathologie pulmonaire nécessitant une

oxygénothérapie à domicile, d'une insuffisance cardiaque, d'un tabagisme ; de difficulté pour se laver, pour marcher sur une distance de 100 mètres et pour déplacer des objets lourds. Ce score est noté de 0, correspondant à une mortalité à 4ans estimée à 0 ou 1%, à ≥ 14 correspondant à une mortalité à 4ans de 64 à 67 %.

Le score de Walter reprend le sexe, l'ADL, la présence d'une insuffisance cardiaque connue, d'un cancer localisé ou métastatique, le dosage de la créatininémie et de l'albuminémie. Le score est noté de 0/1 correspondant à une mortalité à 1an de 13% jusqu'à > 6 , indiquant une mortalité à 1an de 68%.

Enfin la dernière partie correspond au plan de soins gériatriques proposé, aux éventuels commentaires et à la synthèse de la consultation.

Cet outil correspond à une évaluation gériatrique approfondie ; Ainsi celle ci est globale mais demande du temps ; De plus il s'agit d'une évaluation à orientation oncologique.

2) EGS Hôpital Saint Philibert de Lomme :

Elle s'inspire de l'évaluation d'onco-gériatrie du CHRU de Lille mais diffère sur quelques points :

Concernant les informations générales du patient, il est ajouté le nombre d'enfant, la protection sociale avec le numéro de sécurité sociale, le niveau éducatif et la profession exercée ;

Pour l'environnement médical, il y est précisé le nom du médecin traitant et des médecins spécialistes.

Dans les renseignements médicaux, elle y reprend précisément les antécédents médicaux chirurgicaux et familiaux, les allergies, le statut vaccinal, le traitement détaillé (posologie et date d'introduction compris) ainsi que le nombre exact de médicament, les pathologies en cours, leur date de début et leur degré d'évolution.

Concernant l'autonomie, elle utilise en plus la grille AGGIR (ANNEXE 6) ; Elle comporte deux parties : la première évalue 10 variables d'activité corporelle et mentale (dites discriminantes), à la base de l'attribution par le conseil général de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie ; Une seconde comporte 7 variables d'activité domestiques et sociales (dites illustratives). Un score GIR de 1 à 4 permet d'obtenir l'APA.

Pour le statut nutritionnel, est ajouté le périmètre brachial et du mollet, l'évaluation de l'état buccodentaire et l'existence de troubles de la déglutition.

Concernant l'évaluation des fonctions supérieures, elle effectue en plus le Test des 5 mots, qui évalue la mémoire épisodique et le Test de l'horloge ; Le premier évalue la mémoire épisodique verbale, possédant une valeur prédictive en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer. Ce test est insuffisant pour mettre en évidence les troubles mnésiques ou autre maladie neurologique. Le second explore les différentes fonctions de la mémoire dont l'orientation temporo spatiale et les praxies. Il s'effectue en 4 ou 5 minutes. Il présente une bonne sensibilité de détection des démences mais n'est pas spécifique à la maladie d'Alzheimer.

Pour l'évaluation thymique, la présence de trouble du sommeil est également recherchée.

Concernant l'évaluation de la marche et de l'équilibre, le nombre de chute au cours de l'année écoulée ainsi que le chaussage sont évalués.

Une évaluation des organes des sens avec évaluation de l'audition (score HHIES), de la vision (échelle d'AMSLER) et l'existence d'un appareillage est effectuée. L'échelle d'AMSLER est un examen simple permettant une auto-évaluation de la fonction maculaire ; elle permet un dépistage de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Le score HHIES, Hearing Handicap Inventory Screening permet d'évaluer le déficit auditif ; Le patient répond à 10 questions par oui (4points), non (0 point), parfois (2points). (ANNEXE 7)

| Score /40 | Interprétation |
|-----------|--------------------------------|
| 0-8 | Absence de déficit auditif |
| 10-24 | Déficit auditif léger à modéré |
| ≥ 26 /40 | Surdité significative |

Au sujet du ressenti du patient, la localisation, l'ancienneté, le type de douleurs, et l'intensité avec l'échelle EVA et DN4 sont précisés. (ANNEXE 8)

Tout comme l'EGS précédente, il ne s'agit pas d'une évaluation standardisée mais approfondie ; Elle est donc globale, complète, multidimensionnelle mais demande du temps.

3) Outil d'évaluation de la fragilité de la Clinique Saint Jean de Roubaix :

L'équipe du Dr BERA a établi un outil d'évaluation rapide du profil de fragilité des séniors. Cette grille permet de définir un profil gériatrique. Il ne s'agit pas d'une EGS. Cet outil est composé de trois volets.

Le premier volet ou volet A est constitué de 13 questions, avec pour chacune trois réponses possibles donnant un score de 0, 1 ou 2. Les items abordés sont les suivants : l'âge, le lieu de vie, les traitements, l'humeur, la perception de leur santé, le nombre de chute dans les six derniers mois, la nutrition, le nombre de maladies associées, leur capacité à réaliser des actes instrumentaux de la vie quotidienne, leur capacité à se mobiliser, leur continence, la prise des repas. Le score total, calculé sur 26, permet d'apprécier le niveau de fragilité. Une personne âgée est considérée comme fragile lorsque le score est $\geq 9/26$.

Volet A et B : A remplir par le médecin gériatre référent.

| Volet A | Profil gériatrique et facteurs de risques | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|--------------|
| | 0 | 1 | 2 | Score |
| Age | 74 ans ou moins | Entre 75 ans et 84 ans | 85 ans ou plus | |
| Provenance | Domicile. | Domicile avec aide prof | FL ou EHPAD | |
| Médicaments | 3 médicaments ou moins | 4 à 5 médicaments | 6 médicaments ou plus | |
| Humeur | Normale | Parfois anxieux ou triste | Déprimé | |
| Perception de sa santé par aux personnes de même âge | Meilleure santé | Santé équivalente | Moins bonne santé | |
| Chute dans les 6 derniers mois | Aucune chute | Une chute sans gravité | Chute(s) multiples ou compliquée(s) | |
| Nutrition | Poids stable, apparence normale | Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois) | Dénutrition franche | |
| Maladies associées | Absence de maladie connue et traitée | De 1 à 3 maladies | Plus de 3 maladies | |

| | | | | |
|---|--------------|----------------------------|--|----------|
| AIVQ (confection des repas, téléphone, prises des médicaments, transports) | Indépendance | Aide partielle | Incapacité | |
| Mobilité (se lever, marcher) | Indépendance | Soutien | Incapacité | |
| Continence (urinaire et/ou fécale) | Continence | Incontinence occasionnelle | Incontinence permanente | |
| Prise des repas | Indépendance | Aide ponctuelle | Assistance complète | |
| Fonctions cognitives (mémoire, orientation) | Normales | Peu altérées | Très altérées (confusion aiguë, démence) | |
| TOTAL | | | | ... / 26 |

| TOTAL Volet A | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Score ≤ 8 Personne peu fragile | 8 < Score ≤ 11 Personne fragile | Score > 11 Personne très fragile |

Un deuxième volet évalue le nombre d'hospitalisation au cours des six derniers mois, la vision, l'audition, le support social, la nécessité d'aides à domicile professionnelles, la nécessité d'un aidant naturel, la perception de la charge par les proches, l'habitat, la situation

financière, les perspectives d'avenir selon le patient et son entourage. Ce deuxième volet établit un score sur 22. Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité.

| Volet B | Données complémentaires | | | Score |
|---|-----------------------------------|--|--|-------|
| | 0 | 1 | 2 | |
| Hospitalisation au cours des 6 derniers mois | Aucune hospitalisation | 1 hospitalisation de durée < 3 mois | Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois | |
| Vision | Normale (avec ou sans correction) | Diminuée | Très diminuée | |
| Audition | Normale (avec ou sans correction) | Diminuée | Très diminuée | |
| Support social / entourage | Couple (ou famille) | Seul sans aide | Seul avec aide | |
| Aide à domicile professionnelle | Aucun besoin | Aide unique occasionnelle | Aide quotidienne ou multiple | |
| Aidant naturel | Aucun besoin | Aide unique occasionnelle | Aide quotidienne ou multiple | |
| Perception de la charge par les proches | Supportable | Importante | Trop importante | |
| Habitat | Adapté | Peu adapté | Inadéquat | |
| Situation financière | Pas de problème | Aide déjà en place | Problème identifié et absence d'aide | |
| Perspectives d'avenir selon la personne | Maintien lieu de vie actuel | Maintien lieu de vie et renforcement aides | Changement de lieu de vie souhaité | |
| Perspectives d'avenir selon son entourage | Maintien lieu de vie actuel | Maintien lieu de vie et renforcement aides | Changement de lieu de vie souhaité | |

Une autre partie est dédiée aux remarques de l'expérimentateur ;

Le troisième volet de cet outil consiste en la rédaction d'une synthèse des difficultés repérées. Enfin, la dernière partie est dédiée aux objectifs de prise en charge : demande d'examen para-cliniques, consultation spécialiste, ou consultation paramédicale (kinésithérapeute, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste.)

Il s'agit d'une grille rapide, simple, réalisable, peu contraignante ; Cependant celle-ci n'est pas très exhaustive et n'utilise pas d'échelle standardisée.

4) EGS du CH Gustave Dron de Tourcoing :

L'équipe du Dr GALLOUJ utilise un outil comprenant douze items et diffère des évaluations précédemment décrites ;

En effet, en ce qui concerne l'environnement médical, elle précise en plus des caractéristiques retrouvées dans les autres EGS la couverture de santé (Prise en charge en ALD, ADL 15, mutuelle, couverture sociale).

Pour la composante socio-environnementale, elle y ajoute en plus les occupations du patient, la désignation de la personne de confiance, et l'identification d'un problème social.

Concernant les renseignements médicaux, elle distingue l'existence d'antécédents néoplasiques des antécédents médico-chirurgicaux ; précise l'existence d'une pathologie active avec hospitalisation dans l'année précédente ; De plus, elle distingue les traitements sous prescription de l'automédication.

Pour l'évaluation de l'autonomie, en plus des différents scores décrits dans les autres EGS, elle y ajoute deux autres évaluations :

- L'indice de performance statut OMS qui correspond à un outil d'hétéro-évaluation de l'autonomie, utilisé surtout en oncologie :

| interprétation | SCORE |
|---|-------|
| Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction | 0 |
| Activité physique diminuée mais malade ambulatoire et capable de mener un travail. Toute activité physique pénible est exclue | 1 |
| Malade ambulatoire et capable de prendre soin de lui même mais incapable de travailler. Alité ou en chaise moins de 50 % de son temps de veille | 2 |
| Capable seulement de quelques soins ; alité ou en chaise plus de 50 % de son temps de veille | 3 |
| Incapable de prendre soin de lui-même ; alité ou en chaise en permanence | 4 |

- Le questionnaire MOS SHORT FORM 36 : il s'agit d'une échelle multidimensionnelle, générique, c'est à dire qu'elle évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge, et du traitement.

Cette échelle de qualité de vie peut être réalisée en auto ou hétéro-questionnaire. Elle est constituée de 36 items évaluant 8 dimensions telles que l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, la vie et les relations avec les autres, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique, ainsi qu'une dimension particulière à savoir l'évaluation de la santé perçue comparée à un an auparavant. (ANNEXE 9)

Concernant l'évaluation du risque de chute, en comparaison avec les précédentes EGS, cette équipe réalise en plus un test d'hypotension orthostatique, un test de marche sur 4 mètres, et un test de marche sur 6 minutes. En ce qui concerne l'équilibre, l'équipe y ajoute en plus, d'autres tests que ceux précédemment décrits :

- le push test : le médecin se place derrière le patient, et ce dernier est invité à pousser vers l'arrière contre les mains du médecin situées au niveau des scapulas du patient, sans décoller les talons du sol. Ce test est évalué en fonction du nombre d'étapes de mesures correctrices de la balance.

| Interpretation | SCORE |
|---|-------|
| Recovers independently with one step of normal length and width | 0 |
| Two to three small steps backward, but recovers independently | 1 |
| Four or more steps backward, but recovers independently | 2 |
| Steps, but need to be assisted to prevent a fall | 3 |
| Falls without attempting a step or unable to stand without assistance | 4 |

- le test de Tinetti (ANNEXE 10) : il s'agit d'une évaluation de l'équilibre statique et dynamique lors de la marche ; il est plus long mais plus précis que le Time up and Go Test. Treize items explorent l'équilibre statique, et 9 items l'équilibre dynamique lors de la marche. Ce test analyse l'équilibre au cours de diverses situations de la vie quotidienne ; il ne nécessite pas d'expérience particulière de l'examineur ni de matériel spécifique.

Le score total est de 28 points :

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Score / 28 points | interprétation |
| < 20 | Risque de chute très élevé |
| Entre 20 et 23 | Risque de chute élevé |
| Entre 24 et 27 | Risque de chute peu élevé |
| 28 | normal |

- le test d'anticipation posturale : ce test permet d'évaluer la capacité à anticiper les déséquilibres en position debout :

Test 1. Monter sur la pointe des pieds

Anticipation attendue : se pencher en avant

| | | | |
|---------------|------------------------------|--|---------------------------------------|
| Normal | Essaye, mais instable | Se rejette violemment en arrière, risque de chute | Chute évitée par l'observateur |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Test 2. Soulever un pied

Anticipation attendue : déplacer le bassin latéralement

| | | | |
|---------------|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Normal | Essaye, mais instable | Dépasse l'équilibre et risque la chute | Chute évitée par l'observateur |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Test 3. Se pencher en avant

Anticipation attendue : recul du bassin

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| Normal | Amorce le recul mais gêné par la douleur du dos | Tente de se pencher en avant mais instable | Mouvement soudain, chute évitée par l'observateur |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

De plus, toujours dans le cadre de l'évaluation du risque de chute, l'équipe du CH Dron évalue la sarcopénie grâce au Short Physical Performance Battery (SPPB), et au grip test.

- Le SPPB (ANNEXE 11) est un outil d'évaluation de la performance physique d'un individu. Il est calculé en additionnant les scores de trois critères : le test d'équilibre, le test de vitesse de marche et le test de lever de chaise.

| Score / 12 | Interprétation |
|----------------|---------------------------|
| Entre 0 et 6 | Faible performance |
| Entre 7 et 9 | Performance intermédiaire |
| Entre 10 et 12 | Haute performance |

- Le grip test correspond à un test de mesure de la force musculaire à l'aide d'un dynamomètre à main que l'on sert et relâche de façon répétée.

Enfin, il y ajoute l'évaluation de l'ostéoporose selon les résultats d'une densitométrie osseuse.

Concernant l'évaluation de l'état nutritionnel, leur EGS insiste sur les modalités des repas (cuisine effectuée par la patient ou sa famille, portage des repas), et sur l'évaluation de l'état bucco dentaire grâce à l'échelle Oral Health Assessment Tool (OHAT). Cet outil est composé de 8 items évalués tels que les lèvres, la langue, l'ensemble gencives-muqueuses, la salive, les dents naturelles, les prothèses, l'hygiène buccale et la douleur. Chaque item est noté 0, 1 ou 2. Un score de 0 marque l'absence de pathologie et 2 sa présence. Un score de 1 signifie qu'il existe une modification remarquable du critère sans néanmoins être pathologique. (ANNEXE 12)

Pour la douleur, l'équipe précise l'impact fonctionnel de cette dernière.

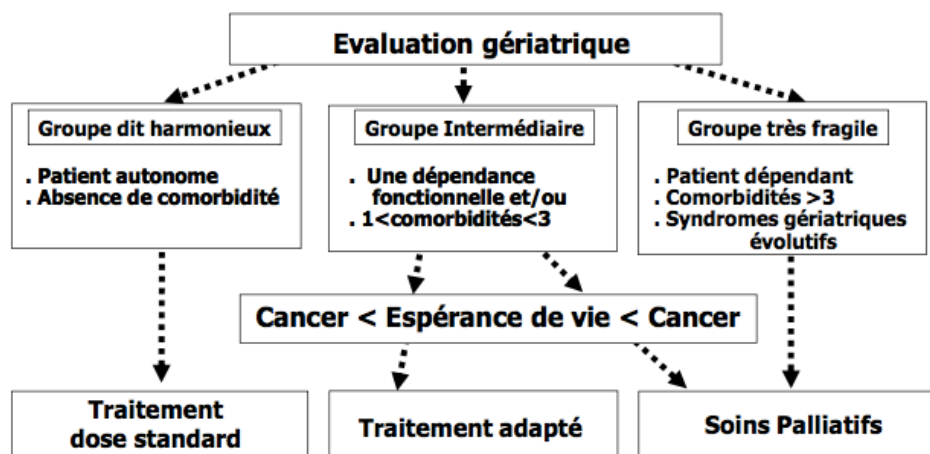
Les fonctions supérieures et les déficiences neurosensorielles sont évaluées de la même manière que les EGS précédemment décrites.

Dans le cadre de l'évaluation des comorbidités, l'équipe du CH Dron utilise en plus des scores et échelles utilisées par les différentes équipes, une autre échelle :

- Index de Charlson : il s'agit d'un outil évaluant l'existence de comorbidités tels que l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque congestive, la maladie vasculaire périphérique, la maladie cérébro-vasculaire, la démence, la maladie pulmonaire chronique, la maladie de système, la maladie ulcéreuse, les maladies hépatiques, le diabète compliqué ou non, l'hémiplégie, l'insuffisance rénale, les tumeurs et les leucémies. (ANNEXE 13)

| Score | Mortalité à 1 an |
|-------|------------------|
| 0 | 12% |
| 1-2 | 26% |
| 3-4 | 52 % |
| ≥ 5 | 85 % |

- la classification de Balducci : il s'agit d'une classification utilisée principalement en oncogériatrie ; Elle permet de classer après une évaluation gériatrique les patients en trois groupes afin d'évaluer leur mode de vieillissement et d'orienter les patients qui en ont besoin en évaluation gériatrique approfondie.



Ensuite l'équipe de Tourcoing précise l'examen clinique complet détaillé de la consultation avec les examens neurologique, cardiovasculaire, pulmonaire, digestif, et podologique ;

Concernant les données biologiques, cette équipe précise en plus des données précédemment décrites dans les autres EGS, la numération formule sanguine complète, le dosage de la vitamine D, le bilan thyroïdien avec le dosage de la TSH, le bilan lipidique avec le dosage du cholestérol, et le bilan martial avec le dosage de la ferritinémie.

La dernière partie de leur EGS se termine, tout comme dans les EGS des autres équipes, par une conclusion qui synthétise l'ensemble des syndromes gériatriques repérés (démence, dépression, douleur, dénutrition, chute, rétraction, incontinence, poly médication, problème social) et précise les bilans à programmer au décours (consultation ophtalmologique, ORL, hôpital de jour chute, ou mémoire, consultation plaie chronique, consultation d'oncogériatrie).

Cette évaluation approfondie a l'avantage d'être complète, globale, et multidimensionnelle ; Cependant celle-ci étant également une évaluation approfondie, elle n'est pas réalisable lors d'une consultation par un seul praticien.

5) EGS de l'Hôpital Victor Provo de Roubaix :

L'équipe du CH de Roubaix n'a malheureusement pas pu nous faire parvenir leur outil d'évaluation gériatrique standardisée.

Leurs consultations gériatriques sont décrites selon eux comme inhomogènes, avec des pratiques variables d'un gériatre à l'autre. Nous leur avons donc envoyé les EGS des autres centres afin de recueillir leur avis.

Concernant l'évaluation de la dénutrition, ils préconisent d'ajouter l'évaluation buccodentaire et la qualité du suivi dentaire en ville. Pour l'autonomie, ils précisent le statut de la conduite automobile. De plus, ils détaillent la qualité du lien social du patient. Enfin, une rubrique est attribuée à la iatrogénie et aux risques potentiels en lien avec la prise de toxique (alcool, tabac), l'automédication, l'existence d'un système d'alerte (téléalarme et téléphone).

RESULTATS : Seconde Partie

EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE POUR LE PROJET EPAFRA :

Il s'agissait d'établir avec l'aide de l'arbitrage du Professeur François PUISIEUX, chef du pôle gériatrique du CHRU de Lille, non pas une évaluation gériatrique approfondie mais une évaluation gériatrique standardisée, avec comme son nom l'indique, un ensemble d'échelles standardisées, validées.

Cette évaluation standardisée est le fruit d'un arbitrage réalisé par l'auteur et son Directeur de travail sous la supervision du Professeur Puisieux avec pour base les différentes évaluations précédentes des diverses consultations des hôpitaux généraux partenaires de l'étude.

Cette EGS sera appliquée au cours d'un hôpital de jour gériatrique avec plusieurs professionnels, dont deux paramédicaux en dehors de l'infirmière et du médecin comme l'exige la cotation de l'acte. La constitution de l'équipe est laissée à l'appréciation de chaque centre hospitalier. Sur ce principe, il a été constitué l'outil suivant :

1. Informations générales du patient :

| | |
|--------------------------|--|
| Nom, Prénom du patient : | |
| Sexe : | |
| Date de naissance : | |
| Lieu de naissance : | |

2. Contexte social et environnemental :

| | |
|-------------------------------|--|
| Aidant naturel principal : | |
| Santé de l'aidant principal : | |

| | |
|--|--|
| Nombre d'enfants : | |
| Lieu de vie : | |
| Solitude au domicile ? | |
| Activités / occupations : | |
| Présence d'aides professionnelles au domicile : | |
| Ressources financières / APA : | |
| Niveau éducatif et profession exercée : | |
| Protection juridique : | |
| Protection Sociale : <ul style="list-style-type: none">- numéro de sécurité sociale :- mutuelle : | |

3. Environnement médical :

| | |
|------------------------------|--|
| Médecin traitant : | |
| Médecins spécialistes : | |
| Infirmière libérale : | |
| Hospitalisation à Domicile : | |

| | |
|--------------------|--|
| SSIAD : | |
| Kinésithérapeute : | |
| Autre : | |

4. Renseignements médicaux :

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Antécédents médicaux : | Antécédents chirurgicaux : |
| Antécédents familiaux : | Intoxication alcoolo-tabagique : |
| Allergies : | Vaccinations : |

| |
|--------------------------|
| Traitements à domicile : |
|--------------------------|

Score de comorbidité CHARLSON :

| Détermination des pathologies concomitantes : | Oui |
|---|-----|
| Infarctus du myocarde | 1 |
| Insuffisance cardiaque congestive | 1 |
| Maladie vasculaire périphérique | 1 |
| Maladie cérébro-vasculaire (AVC avec ou sans séquelles, AIT, sans hémiplégie) | 1 |
| Démence | 1 |
| Maladie pulmonaire chronique | 1 |
| Maladie de système | 1 |
| Maladie ulcéreuse | 1 |
| Hépatopathie d'importance faible (sans hypertension portale) | 1 |
| Diabète non compliqué | 1 |
| Hémiplégie | 2 |
| Insuffisance rénale modérée à sévère | 2 |
| Diabète avec atteinte organe cible | 2 |
| Tumeurs | 2 |
| Leucémie | 2 |
| Lymphome, Myélome | 2 |
| Hépatopathie moyenne à sévère | 3 |
| Métastases | 6 |
| SIDA | 6 |
| SCORE TOTAL : / 37 | |

| Score | Mortalité à 1 an |
|-------|------------------|
| 0 | 12% |
| 1-2 | 26% |
| 3-4 | 52 % |
| ≥ 5 | 85 % |

Il est l'indice de comorbidité le plus largement utilisé et a été validé dans des populations de patients présentant différents diagnostics ou subissant diverses interventions chirurgicales. Marko Yurkovich et al, montre dans sa revue de la littérature en 2015, que sur les 76 articles étudiés, 35 utilisaient l'index de Charlson et ses différentes versions. De plus, sa capacité prédictive de mortalité intra-hospitalière était acceptable voire excellente ; et sa capacité prédictive de mortalité à un an était excellente (10).

5. Evaluation de l'autonomie :

a) Score ADL :

| | |
|---|-------------|
| Hygiène corporelle : - autonome - aide - dépendant(e) | 1 ½ 0 |
| Habillage : - autonome pour le choix des vêtements et l'habillage - autonome pour le choix des vêtements, l'habillage mais nécessite une aide pour se chausser - dépendant(e) | 1 ½ 0 |
| Aller aux toilettes : - autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite - doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller - ne peut aller aux toilettes seul(e) | 1 ½ 0 |
| Locomotion : - autonome - a besoin d'aide - grabataire | 1 ½ 0 |
| Continence : - continent - incontinence occasionnelle - incontinent(e) | 1 ½ 0 |
| Repas : - mange seul(e) - aide pour couper la viande ou peler les fruits - dépendant(e) | 1 ½ 0 |
| Score total : / 6 | |

b) score IADL :

Capacité à ...

1. Utiliser le téléphone :

| | |
|---|---|
| de sa propre initiative, cherche et compose les numéros | 1 |
| compose un petit nombre de numéros bien connus | 1 |
| répond au téléphone mais n'appelle pas | 1 |
| incapable d'utiliser le téléphone | 0 |

2. Faire les courses :

| | |
|---|---|
| fait les courses de façon indépendante | 1 |
| fait seulement les petits achats tout seul | 0 |
| a besoin d'être accompagné quelque soit la course | 0 |
| totalemnt incapable de faire les courses | 0 |

3. Préparer les repas :

| | |
|--|---|
| Prévois, prépare et sert les repas de façon indépendante | 1 |
| Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients | 0 |
| Est capable de réchauffer les petits plats préparés | 0 |
| A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas | 0 |

4. Entretien le domicile :

| | |
|--|---|
| Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux | 1 |
| Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens | 1 |
| Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant | 1 |
| A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien au domicile | 1 |
| Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile | 0 |

5. Faire la lessive :

| | |
|--|---|
| Fait toute sa lessive ou la porte lui-même au pressing | 1 |
| Lave les petites affaires | 1 |
| Toute la lessive doit être faite par d'autres | 0 |

6. Utiliser les moyens de transports :

| | |
|--|---|
| Peut voyager seul et de façon indépendante | 1 |
| Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus | 1 |
| Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné | 1 |
| Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement | 0 |
| Ne se déplace pas du tout | 0 |

7. Prendre les médicaments :

| | |
|--|---|
| S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire) | 1 |
| Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance | 0 |
| Incapable de les prendre de lui-même | 0 |

8. Gérer son budget :

| | |
|---|---|
| Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures ...) | 1 |
| Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme | 1 |
| Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour | 0 |

SCORE TOTAL : / 8

Les score ADL et IADL ont une fiabilité inter-observateurs excellente (96% pour l'ADL, 99% pour l'IADL) ; et leur fiabilité test-retest a été considérée comme bonne (59% pour l'ADL, 93% pour l'IADL) (11).

6. Evaluation de la nutrition : Mini Nutritional Assessment

| Dépistage | | |
|--|---|---|
| A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires | <input type="checkbox"/> | |
| 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"/> | |
| C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile | <input type="checkbox"/> | |
| D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non | <input type="checkbox"/> | |
| E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique | <input type="checkbox"/> | |
| F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 | <input type="checkbox"/> | |
| Score de dépistage (sous-total max. 14 points) | | |
| 12-14 points: | état nutritionnel normal | |
| 8-11 points: | à risque de dénutrition | |
| 0-7 points: | dénutrition avérée | |
| Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R | | |
| Evaluation globale | | |
| G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non | <input type="checkbox"/> | |
| H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 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"/> |
| 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 œufs ou des légumineuses | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| 0,0 = si 0 ou 1 oui | | |
| 0,5 = si 2 oui | | |
| 1,0 = si 3 oui | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> | |
| L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui | | <input type="checkbox"/> |
| M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres | | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté | | <input type="checkbox"/> |
| O Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition | | <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 | | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22 | | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 | | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation globale (max. 16 points) | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Score de dépistage | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Score total (max. 30 points) | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Appréciation de l'état nutritionnel | | |
| de 24 à 30 points | <input type="checkbox"/> | état nutritionnel normal risque de malnutrition mauvais état nutritionnel |
| de 17 à 23,5 points | <input type="checkbox"/> | |
| moins de 17 points | <input type="checkbox"/> | |

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé. 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

| | |
|-------------------|--|
| Poids de forme : | |
| Poids actuel : | |
| Albuminémie : | |
| Pré-albuminémie : | |

La prévalence de la malnutrition varie selon l'outil d'évaluation utilisé. Le MNA possède une bonne validité prédictive. Sa sensibilité est de 58% et sa spécificité de 97 % (12).

7. Evaluation des fonctions supérieures :

a) Evaluation cognitive : SCORE TOTAL /30

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En 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 trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Langage

/ 8

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** | | <input type="checkbox"/> |

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

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

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

Il est l'un des tests les plus largement utilisés dans les essais cliniques et en pratique générale pour dépister la déficience cognitive chez les personnes âgées (13). Il s'agit d'une mesure rapide et simple évaluant différents domaines du fonctionnement cognitif. Sa sensibilité et sa spécificité sont acceptables afin de dépister des stades légers à modérés de démence (14).

b) Evaluation thymique : Geriatric Depression Scale

Un point est attribué pour chaque réponse marquée d'un astérisque.

| | | |
|---|------|------|
| 1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie? | Oui | Non* |
| 2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités? | Oui* | Non |
| 3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide? | Oui* | Non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent? | Oui* | Non |
| 5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme? | Oui | Non* |
| 6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse? | Oui* | Non |
| 7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps? | Oui | Non* |
| 8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir? | Oui* | Non |
| 9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps | Oui | Non* |
| 10. Avez-vous souvent besoin d'aide? | Oui* | Non |
| 11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place? | Oui* | Non |
| 12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir | Oui* | Non |
| 13. L'avenir vous inquiète-t-il? | Oui* | Non |
| 14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens? | Oui* | Non |
| 15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? | Oui | Non* |
| 16. Avez-vous souvent le cafard? | Oui* | Non |
| 17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile? | Oui* | Non |
| 18. Ressassez-vous beaucoup le passé? | Oui* | Non |
| 19. Trouvez-vous que la vie est passionnante? | Oui | Non* |
| 20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets? | Oui* | Non |
| 21. Avez-vous beaucoup d'énergie? | Oui | Non* |
| 22. Désespérez-vous de votre situation présente? | Oui* | Non |
| 23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre | Oui* | Non |
| 24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails? | Oui* | Non |
| 25. Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer? | Oui* | Non |
| 26. Avez-vous du mal à vous concentrer? | Oui* | Non |
| 27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin? | Oui | Non* |
| 28. Refusez-vous souvent les activités proposées? | Oui* | Non |
| 29. Vous est-il facile de prendre des décisions? | Oui | Non* |
| 30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois? | Oui | Non* |

SCORE TOTAL : / 30

La précision diagnostique du GDS 30 a été évaluée dans une méta-analyse de Mitchell et al en 2010. Sa sensibilité est de 77,4 % et sa spécificité de 65,4% (15).

c) Troubles du sommeil :

Trouvez- vous votre sommeil satisfaisant ?

| |
|--|
| |
|--|

8. Evaluation du risque de chute :

a) Marche :

| | |
|---|--|
| Nombre de chute au cours de l'année écoulée | |
| Test hypotension orthostatique | |

En cas de chute, critères de gravité des chutes à rechercher :

| | oui | non |
|---|-----|-----|
| Fracture | | |
| Luxation | | |
| Hématome intracrânien ou périphérique volumineux | | |
| Traumatisme facial | | |
| Lésion cutanée de grande taille et/ou dépassant l'hypoderme | | |
| Durée de la station au sol > 1heure | | |
| Elévation des CPK | | |
| Anomalie de la température corporelle | | |
| Escarre | | |
| Pneumopathie d'inhalation | | |
| Deshydratation | | |

| | | |
|---|--|--|
| Syndrome post chute : - hypertonie oppositionnelle ou extrapyramidale, - rétropulsion, - phobie de la station debout | | |
| Affections responsables de la chute : - cardiovasculaire : - neurologique : - infectieuse : - métabolique : | | |

Cette rubrique correspond aux recommandations de la SFGG de 2009, en partenariat avec la HAS, concernant l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées ; Celles-ci font suite aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, élaborées par la société française de documentation et de recherche de médecine générale (SFDRMG) (16) (17).

Classification d'Alexander et Goldberg : Cocher le niveau de trouble de la marche

Niveau 1 « faible » :

- marche ataxique sensitive (atteinte du système vestibulaire, des voies de la sensibilité profonde et des nerfs périphériques) : démarche instable, talonnante.
- marche douloureuse due à l'arthrose : boiterie, esquive du pas
- marche déficitaire périphérique due à une myopathie ou à une neuropathie : démarche dandinante, claudication radiculaire du canal lombaire étroit, steppage unilatéral ou bilatéral (polyneuropathie).

Niveau 2 « modéré » :

- marche de l'hémiplégique et de l'hémi-parétique : spasticité et fauchage du membre inférieur ; il y a frottement du bord externe et de la pointe du pied contre le sol. Le membre inférieur décrit un arc de cercle à convexité interne.
- marche du paraplégique et du paraparétique : l'hypertonie pyramidale fixe en extension les membres inférieurs qui sont posés alternativement en avant par une inclinaison de rotation du tronc du côté opposé (Démarche de gallinacé); parfois

l'adduction des cuisses entraîne à chaque pas un croisement des membres inférieurs (Démarche en ciseaux).

- Marche parkinsonienne : démarche à petit pas trainants avec rétropulsion, sans élargissement du polygone de sustentation, sans ballant des bras, retard à l'initiation, demi tour décomposé, blocages et piétinement sur place.
- Marche ataxique cérébelleuse : démarche ébrieuse, faite d'embardees ; station debout avec oscillations et élargissement du polygone de sustentation.

□ Niveau 3 « élevé » :

- Marche sénile : peur de tomber, démarche précautionneuse, lente, petits pas trainants, ballant des bras diminué, tronc en flexion et légère augmentation du polygone de sustentation.
- Marche frontale : difficulté à initier le mouvement, petits pas trainants, polygone de sustentation élargi. Les membres inférieurs s'entrecroisent avec piétinement sur place.

□ Autres types de marche :

- marche non étiquetée
- marche normale
- marche impossible

Cette classification est celle utilisée en Hôpital de jour Chute aux CHRU de Lille, afin d'évaluer les troubles de la marche du patient chuteur (18). Dans leur étude de 2009, menée en consultation multidisciplinaire de la chute, Guillochon et al, utilise cette classification et montre que deux tiers des patients présentaient des anomalies à l'examen neurologique, et que pour 85% d'entre eux ces anomalies n'étaient pas connues avant la consultation (19).

b) équilibre :

Time up and go test :

| | Fait : 1 | Ne fait pas : 0 | Non réalisable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Inviter la personne à : | ↓ | ↓ | ↓ |
| • Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Traverser la pièce - distance de 3 mètres : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Faire demi-tour : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Revenir s'asseoir : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Temps nécessaire : _____ secondes. | | | |
| • Score : _____ / 4 | | | |

Temps nécessaire < 14 secondes : normal

Temps nécessaire entre 20 et 30 secondes : limitation légère de la mobilité

Temps nécessaire > 30 secondes : limitation importante de la mobilité

Risque de chute si score ≤ 1

Il s'agit d'un test clinique simple permettant d'évaluer l'équilibre et la mobilité ; il est couramment utilisé du fait de son temps d'investigation court (environ 5minutes) et de sa facilité d'interprétation ; De plus il semble bien accepté par les personnes âgées. Il permet une évaluation réaliste de la mobilité. Sa sensibilité et sa spécificité sont de 87% (20). Depuis 2005, en France, deux référentiels de la prévention des chutes chez la personne âgée préconisent la réalisation de ce test pour le dépistage du risque de chute ; Ce sont les recommandations de la SFDRMG de 2007 et celles de l'institut national pour la santé. (21) (17)

Appui monopodal :

Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.

| | Oui | Non | Non réalisable |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Pied droit : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pied gauche : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haut risque de chute si Temps < 5secondes

Ce test est un bon indicateur du risque de chute ; il est simple, reproductible, et ne nécessite pas de matériel ni d'expérience clinique particulière. Il est un prédicteur statistiquement significatif des chutes graves. Bruno J. Vellas et al, montre dans leur étude publiée en 1997, que le risque de chute est multiplié par 2,1 chez les personnes n'étant pas en mesure de réaliser ce test (22).

9. Organes des sens :

a) **Audition** :

Score HHIES :

| | Item | Oui 4 pts | Parfois 2 pts | Non 0 pts |
|----------|--|--------------|------------------|--------------|
| E | Est ce qu'un problème d'audition vous fait vous sentir embarrassé lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ? | | | |
| E | Est ce qu'un problème d'audition vous fait vous sentir frustré quand vous parlez à des membres de votre famille ? | | | |
| S | Avez vous des difficultés à entendre quelqu'un parler à voix basse ? | | | |
| E | Vous sentez-vous handicapé par un problème d'audition ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous cause t'il des difficultés lorsque vous rendez visite à des amis, des parents ou des voisins ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous empêche t'il d'assister à des services religieux aussi souvent que vous le souhaitez ? | | | |
| E | Un problème d'audition vous amène t'il à vous disputer avec des membres de votre famille ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous cause t'il des difficultés lors de l'écoute de la télévision ou de la radio ? | | | |
| E | Pensez vous que toute difficulté de votre audition vous limite ou entrave votre vie personnelle ou sociale ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous cause t'il des difficultés lorsque vous êtes dans un restaurant avec de la famille ou des amis ? | | | |

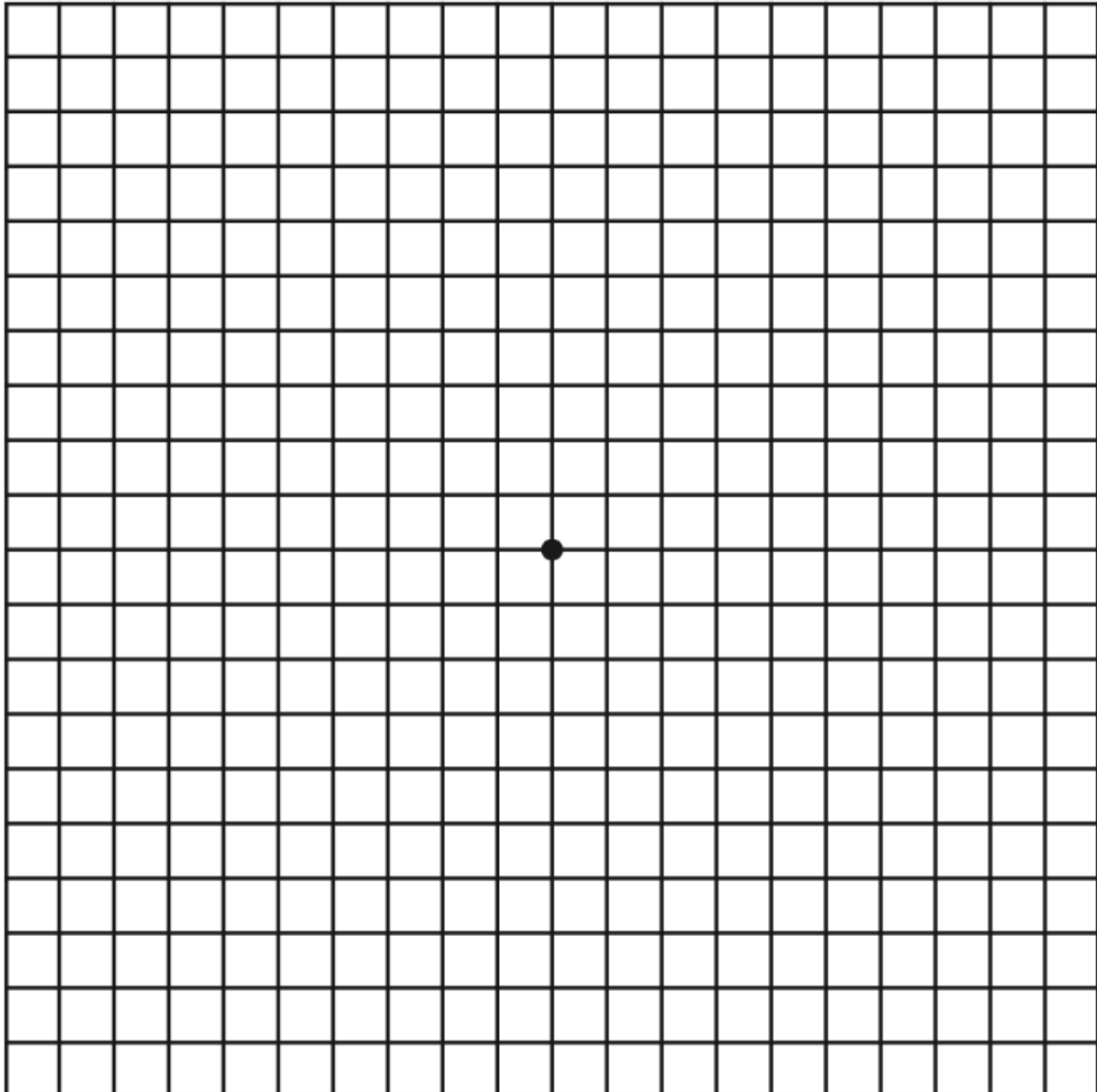
E = Emotional ; S = social

SCORE TOTAL : / 40

Il s'agit d'un test fiable, pouvant être complété en quelques minutes, dont la sensibilité est de 29-63% et la spécificité de 75-93% (23).

b) Vision :

Echelle d'AMSLER :



Résultats : *Cocher le résultat obtenu*

- le patient a vu des zones vides, déformées ou floues, ou des lignes déformées
- le patient a vu des carrés de dimensions différentes ou manquants
- le patient a été dans l'incapacité de voir les 4 coins de la grille

Il s'agit d'un outil simple, peu coûteux, non invasif. Nassar et al, dans une récente étude publiée en 2015, montre que la sensibilité dans le cadre de la détection de la maladie maculaire est de 87,2% (24).

Echelle MONOYER : Acuité visuelle de loin

| | |
|---------------------------|-------|
| M R T V F U E N C X O Z D | 10/10 |
| D L V A T B K U E R S N | 9/10 |
| R C Y H O F M E S P A | 8/10 |
| E X A T Z H D W N | 7/10 |
| Y O E L K S F D I | 6/10 |
| O X P H B Z D | 5/10 |
| N L T A V R | 4/10 |
| O H S U E | 3/10 |
| M C F | 2/10 |
| Z U | 1/10 |

10. Evaluation des douleurs :

Type de douleur :

Localisation :

Echelle numérique : / 10

En cas de doute sur une douleur neuropathique, faire le DN4 :

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

| | Oui | Non |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Brûlure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Décharges électriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

| | Oui | Non |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Fourmillements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Picotements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Engourdissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Démangeaisons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

| | Oui | Non |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Hypoesthésie au tact | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hypoesthésie à la piquûre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

| | Oui | Non |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Le frottement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui =1 point Non = 0 point

SCORE TOTAL : /10

Cet outil est né de l'étude de Bouhassira D et al, publiée en 2005, menée dans 14 centres pluridisciplinaires de la douleur en France ; Ces auteurs montre une sensibilité de 82,9% et une spécificité de 89,9 % (25).

11. Biologie :

| | |
|--|--|
| Hémoglobine (g/dl): | |
| Albuminémie (g/L): | |
| Pré-albuminémie : | |
| Créatininémie (mg/L) et clairance (MDRD) : | |
| CRP (mg/L) : | |
| Vitamine D (ng/ml) : | |

12. Synthèse :

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Dénutrition | | |
| Troubles de la déglutition | | |
| Chutes répétées > 2/an | | |
| Troubles de l'équilibre et de la marche | | |
| Troubles de la mémoire ou démence | | |
| Confusion mentale | | |
| Dépression | | |
| Perte d'autonomie | | |
| Escarre | | |
| Incontinence | | |
| Troubles visuels | | |
| Troubles auditifs | | |
| Troubles du sommeil | | |
| polymédication | | |
| Problème social | | |

DISCUSSION

La genèse de l'évaluation gériatrique standardisée, ou Comprehensive Geriatric Assessment, est décrite par T. Joseph en trois phases avec une phase de conceptualisation et de développement du modèle de 1930 à 1975, dans les suites des travaux innovants du Dr WARREN Marjory, suivie d'une période de raffinement et de test des modèles gériatriques cliniques de 1975 à 1995 et enfin d'une période d'intégration et de consolidation de 1995 à nos jours (26)(27)(28).

Rubenstein la définit comme « une méthode de diagnostic interdisciplinaire et multidimensionnelle, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, afin de développer un plan de soin coordonné et intégré, pour le traitement et le suivi à long terme ». Elle n'est donc pas limitée à une évaluation médicale mais comprend plusieurs dimensions (santé physique, statut fonctionnel, santé psychologique et cognitive, environnement et soutien social). Elle est à la fois un processus diagnostique et thérapeutique.

L'objectif d'une EGS est donc de repérer l'ensemble des syndromes gériatriques, et des pathologies chroniques, pouvant être améliorés, en vue de mettre en œuvre un programme individuel, qui sert de base dans la prise en charge multidisciplinaire. Son intérêt est démontré depuis plusieurs années; en effet, les patients recevant ce type d'évaluation seraient plus susceptibles d'être maintenus à domicile, moins susceptibles d'être hospitalisés, et améliorés sur le plan cognitif. Enfin, leur mortalité semble diminuée (29).

Plusieurs modes d'exercice de l'évaluation gériatrique existent selon que les patients sont en hospitalisation, (en service de médecine aigue gériatrique, SSR, consultation d'équipe mobile de gériatrie) ou à domicile (consultation externe, hôpital de jour). Les outils utilisés pour la réalisation d'une EGS peuvent différer d'une équipe à l'autre, et selon le mode d'évaluation choisi (30).

Seule l'EGS est la référence admise actuellement pour le repérage de la fragilité ; néanmoins il n'en était pas reconnu actuellement de déroulement unique au niveau national ou international. Il était donc nécessaire d'établir pour EPAFRA une évaluation gériatrique

standardisée type. Le choix des échelles validées pour chaque domaine a été établi en accord avec l'expert gériatre.

En ce qui concerne l'évaluation des comorbidités, il a été choisi l'indice le plus largement utilisé, comme le montre une récente revue de la littérature citée précédemment dans ce travail. Il est validé dans les populations de patients présentant différents diagnostics ou subissant diverses interventions chirurgicales. Le CIRS-G utilisé par certaines équipes n'a pas été retenu, jugé trop long et complexe.

L'Activities of Daily Living est une grille simple et rapide considérée comme une référence dans la littérature internationale afin d'évaluer la dépendance. Elle permet de prédire le pronostic en terme de morbi-mortalité d'où son choix. Lors de l'évaluation de la dépendance chez les sujets âgés vivant à leur domicile, il est important d'évaluer les activités courantes qui nécessitent l'usage des fonctions cognitives, dites instrumentales (calcul, élaboration de stratégies exécutives). L'Instrumental Activities of Daily Living est l'échelle la plus utilisée dans ce but. Néanmoins, ces deux échelles sont des échelles d'auto évaluation ; elles peuvent donc avoir un biais en lien avec une sur ou sous estimation possible, par les patients, de leurs capacités fonctionnelles ; ainsi une observation directe de la performance ou une vérification auprès des proches semble être justifiée pour s'assurer de la validité des données (11).

Identifier les différents troubles nutritionnels et les corriger sont une préoccupation permanente en gériatrie ; La malnutrition semble être un bon marqueur en terme de morbi-mortalité et de perte d'autonomie. L'outil choisi dans le travail, le Mini Nutritional Assessment est un outil de dépistage de la malnutrition facile à utiliser, rapide, peu coûteux ayant une bonne validité prédictive.

Pour dépister la déficience cognitive chez les personnes âgées, il a été choisi l'un des tests les plus largement utilisés dans les essais cliniques et en pratique générale. Il s'agit du Mini Mental State Examination. Cet outil est une mesure rapide et simple permettant d'évaluer différents domaines du fonctionnement cognitif. Cependant, ce dernier présente certaines limites puisqu'il semble lié au niveau de scolarité, à l'état affectif et au niveau de vigilance ; des effets de la classe sociale et du statut socioéconomique ont également été décrits; un faible niveau d'éducation augmente la probabilité de classer de façon erronée des sujets normaux comme atteints d'une déficience cognitive. Une des limites les plus souvent citée est

son manque de sensibilité dans le dépistage des déficiences cognitives légères. Il ne permet pas de dépister des patients ayant des lésions neurologiques focales, en particulier car il n'explore que très peu les fonctions de l'hémisphère droit ; il ne décèle pas non plus les patients ayant des lésions frontales étant donné qu'il n'évalue pas les fonctions exécutives. Ainsi cet outil peut être utilisé comme dispositif de dépistage d'un déclin cognitif, dont un score faible indique la nécessité de réaliser un bilan plus complet. Il ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de trouble cognitif ni d'en différencier les diverses formes (14).

Les états dépressifs du sujet âgé sont fréquents et de diagnostic difficile en lien avec la variabilité des tableaux cliniques. Les plaintes thymiques et affectives surviennent fréquemment avec l'avancée en âge et sont trop souvent attribuées aux conséquences du vieillissement normal. Ainsi, il est important de reconnaître l'existence d'un trouble thymique, source de handicap dans le fonctionnement quotidien de la personne âgée. La dépression peut être la conséquence d'une prise de conscience d'un déclin cognitif, ou être la conséquence directe des perturbations neuronales en lien avec un trouble cognitif. Dans 15 à 25%, elle précède ou est concomitante des premiers symptômes de la maladie de Parkinson. Ainsi il est important de la rechercher. Le GDS est l'outil choisi dans notre travail étant l'un des outils les plus utilisés dans la pratique courante.

Chaque année, environ un tiers des personnes âgées de 65ans et plus, vivant à domicile chute. La chute est l'une des premières causes de mortalité par traumatisme. Fréquente, elle affecte très souvent la qualité de vie de la personne âgée et ses capacités fonctionnelles, d'où l'importance d'en évaluer le risque. L'évaluation de la marche est un point important ; La classification d'Alexander et Goldberg est l'outil retenu pour notre gold standard puisqu'elle est celle utilisée en Hôpital de jour Chute au CHRU de Lille. Elle permet de mettre en exergue des anomalies neurologiques parfois passées inaperçues jusque-là. Une limite de cette classification est l'utilisation de critères comportant une part de subjectivité comme par exemple le critère « faiblesse musculaire » ; ainsi, certains critères sont difficilement quantifiables. De plus, le Time Up and Go Test est l'outil choisi du fait de sa simplicité, de son temps d'investigation court et de sa facilité d'interprétation. Il permet une évaluation réaliste de la mobilité. Néanmoins, ce test se compose de tâches quotidiennes communes et de mouvements de base ; cependant certaines tâches peuvent être compliquées et nécessiter un certain niveau de planification, d'orientation dans l'espace et d'organisation. Ainsi les résultats de ce dernier semblent liés à la capacité cognitive et en particulier à la fonction

exécutive (20). Simple, reproductible, l'appui monopodal est également un bon indicateur du risque de chute, raison pour laquelle nous l'avons retenu.

Un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans serait atteint de surdité, et la prévalence augmente avec l'âge. Le score HHIES (Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening) est un test fiable réalisable en quelques minutes qui permet d'évaluer le handicap de la déficience auditive, d'où son choix pour notre outil. Cependant, il ne permet pas de mesurer le degré de perte de sensibilité auditive tel qu'il est détecté par les tests audiométriques. Les réponses étant auto-déclarées, son utilisation est donc limitée aux personnes cognitivement intactes, en capacité de répondre verbalement ou par écrit aux questions (23).

Selon une étude réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2000, la prévalence des déficiences visuelles augmente avec l'âge : 20% à 85ans, 38 % à partir de 90 ans. 61% des déficients visuels sont âgés de plus de 60ans, 39 % sont âgés de 75ans et plus. De plus, elles ont un impact indéniable sur la qualité de vie de la personne âgée et son autonomie. Il a été choisi l'échelle d'AMSLER pour le dépistage de la maladie maculaire puisqu'il s'agit d'un outil simple, peu coûteux et non invasif. Cependant, celle-ci nécessite la supervision d'un examinateur ainsi que des instructions strictes au préalable pour une utilisation adéquate de l'outil (31). Pour l'évaluation de l'acuité visuelle de loin et de près, nous avons choisi les échelles MONOYER et PARINAUD, du fait de leur simplicité et rapidité de réalisation. La sensibilité et la spécificité de ces échelles rapportées dans la littérature n'ont pas été retrouvées. Elles nécessitent un matériel spécifique. Il faudra donc nous assurer que les différentes équipes partenaires le possèdent avant le début de l'étude.

La douleur est le principal symptôme dont se plaignent les personnes âgées. Mais le syndrome douloureux n'est pas facile à identifier chez les personnes âgées puisqu'avec l'âge s'intriquent les effets du vieillissement normal, des pathologies souvent multiples et des difficultés psychosociales et fonctionnelles. L'échelle numérique est l'un des outils choisis du fait de sa simplicité, et de sa rapidité mais nécessite des capacités de compréhension qui en limite l'usage, notamment chez les patients présentant des troubles cognitifs. Les douleurs neuropathiques semblent souvent sous-diagnostiquées chez les personnes âgées ; c'est pourquoi nous avons choisi de retenir le questionnaire DN4, outil facile et rapide à réaliser afin de ne pas les méconnaître.

CONCLUSION

Ce travail s'inscrit dans le projet EPAFRA, coordonné par le Professeur LEFEBVRE, qui débutera prochainement. Le résultat de cette étude aboutit au choix d'une évaluation gériatrique enfin standardisée qui sera appliquée aux patients de l'étude, par les cinq centres hospitaliers partenaires du projet ; l'EGS choisie reprend un certain nombre d'échelles validées dans la littérature afin d'évaluer la fragilité d'une personne âgée. Grâce à ce travail et la mise en commun des données des consultations de ces cinq centres, nous proposons ainsi un gold standard d'EGS. Ce dernier sera appliqué au décours d'une consultation en hôpital de jour, dont l'organisation est laissée au choix de chaque centre participant.

Les résultats de cette évaluation seront comparés au repérage réalisé au préalable en médecine ambulatoire par le GFST et l'échelle d'EDMONTON afin d'en estimer la sensibilité et la spécificité. Ce repérage s'inscrit dans les recommandations de la HAS, faites dans sa circulaire de 2013, afin de prévenir les chutes, la perte d'autonomie, les hospitalisations et l'institutionnalisation des personnes âgées pour permettre à terme de réduire les dépenses de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Démographie, INSEE, population française, vieillissement. En bref - Actualités - Vie-publique.fr Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/population-francais-trois-aura-plus-60-ans-2060.html>
2. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* août 2012;60(8):1487-92.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2001;56(3):M146-156.
4. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med.* 27 févr 2006;166(4):418-23.
5. Ng TP, Feng L, Nyunt MSZ, Feng L, Niti M, Tan BY, et al. Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Am J Med.* nov 2015;128(11):1225-1236.e1.
6. C.Ricour, M. De Saint-Hubert, S.Gillain, S.Allepaertis, J.Petermans. Dépister la fragilité, un bénéfice pour le patient et pour le soignant. *Revue Med Liège* 2014;69:5-6.
7. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med.* juin 2016;31:3-10.
8. De Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MGM, Nijhuis-van der Sanden MWG. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. *Ageing Res Rev.* janv 2011;10(1):104-14.
9. Theou O, Brothers TD, Mitnitski A, Rockwood K. Operationalization of frailty using eight commonly used scales and comparison of their ability to predict all-cause mortality. *J Am Geriatr Soc.* sept 2013;61(9):1537-51.
10. Yurkovich M, Avina-Zubieta JA, Thomas J, Gorenchtein M, Lacaille D. A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative health data. *J Clin Epidemiol.* janv 2015;68(1):3-14.
11. Edwards MM. The Reliability and Validity of Self-Report Activities of Daily Living Scales. *Can J Occup Ther.* 1 déc 1990;57(5):273-8.
12. Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Malnutrition in Geriatric Rehabilitation: Prevalence, Patient Outcomes, and Criterion Validity of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment and the Mini Nutritional Assessment. *J Acad Nutr Diet.* 2016;116(5):785-94.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* nov 1975;12(3):189-98.

14. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.* sept 1992;40(9):922-35.
15. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord.* sept 2010;125(1-3):10-7.
16. FS Chute Pers agée_V4:epreuve3.qxd - chutes_personnes_agees_synthese.pdf . Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_personnes_agees_synthese.pdf
17. Chutes répétées PA - Argumentaire - chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf
18. Alexander NB, Goldberg A. Gait disorders: search for multiple causes. *Cleve Clin J Med.* juill 2005;72(7):586, 589-590, 592-594 passim.
19. A.Guillochon, C.Crinquette, C.Gaxatte, V.Pardessus, S.Bombois, V.Deramecourt, E.Boulanger, F.Puisieux. Les maladies neurologiques repérées lors de la consultation multidisciplinaire de la chute du CHRU de Lille (France) *Revue Neurologique* 166 (2010) 235-241.
20. Herman T, Giladi N, Hausdorff JM. Properties of the 'Timed Up and Go' Test: More than Meets the Eye. *Gerontology.* avr 2011;57(3):203-10.
21. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile - 830.Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
22. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero L, Baumgartner RN, Rubenstein LZ, Garry PJ. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* juin 1997;45(6):735-8.
23. McBride WS, Mulrow CD, Aguilar C, Tuley MR. Methods for screening for hearing loss in older adults. *Am J Med Sci.* janv 1994;307(1):40-2.
24. MK Nassar, NM Badawi, MM M.Diab. Resurrection of the Amsler chart in macular diseases. *Menoufia Med J.* Avril 2015; 28:174-180.
25. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain.* mars 2005;114(1-2):29-36.
26. Rubenstein LZ. Joseph T. Freeman award lecture: comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mai 2004;59(5):473-7.
27. TK Kong. FRCP, FHKAM. Dr Marjory Warren: the mother of geriatrics. *J HK Geriatric Soc* 2000;10:102-105.
28. MJ Denham. Dr Marjory Warren CBE MRCS LRCP (1897-1960): the Mother of British Geriatric Medecine. *Journal of Medical Biography* 2011;19:105-110.

29. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 juill 2011;(7):CD006211.
30. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet Lond Engl.* 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
31. Crossland M, Rubin G. The Amsler chart: absence of evidence is not evidence of absence. *Br J Ophthalmol.* mars 2007;91(3):391-3.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CIRS-G



DOSSIER COMMUN D'ONCOGERIATRIE POITOU-CHARENTES

EVALUATION DES COMORBIDITES

| CIRS-G : échelle gériatrique cumulative | | | |
|---|---------------|---|----------|
| Liste des comorbidités (si plusieurs maladies dans le même système, côter la plus grave) | Cotation | | Résultat |
| | Absent ① | Pas de trouble de l'organe ou du système | |
| | Léger ① | Trouble n'affectant pas l'activité normale, pronostic excellent | |
| | Modéré ② | Trouble affectant l'activité normale, traitement nécessaire | |
| | Sévère ③ | Trouble invalidant, ttt urgent, pronostic sévère | |
| | Très sévère ④ | Trouble menaçant la vie, ttt urgent, pronostic grave | |
| Cardiaque (cœur seulement) | | | |
| Hypertension artérielle (cotation fondée sur la sévérité, organes touchés côtés séparément) | | | |
| Hématologie (sang, cellules sanguines, moelle sanguine, rate, ganglions) | | | |
| Appareil respiratoire (sous le larynx) | | | |
| Tête et cou (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx) | | | |
| Appareil digestif supérieur (œsophage, estomac, duodénum, voies bilio pancréatiques) | | | |
| Appareil digestif bas (intestins, hernies) | | | |
| Hépatique (foie seulement) | | | |
| Rénale (reins seulement) | | | |
| Appareil uro-génital (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital) | | | |
| Dermatologique et ostéo-articulaire (muscles, os, peau) | | | |
| Neurologique (cerveau, moelle épinière, nerfs, hors démence) | | | |
| Endocrino-métabolique (diabète, infections diffuses, intoxication) | | | |
| Psychiatrique / comportemental (démence, dépression, anxiété, agitation, psychose) | | | |
| CIRS-G TOTAL | | | |
| CIRS composite => indiquer le nbre de cotations ≥ 2 | | | |

ANNEXE 2 : ADL et IADL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

| <u>ECHELLE A.D.L</u> (Aide-soignante Infirmière) | <u>1ère évaluation</u> Date : Score: | <u>2ème évaluation</u> Date : Score: | <u>3ème évaluation</u> Date : Score: |
|--|---|---|---|
| <u>HYGIENE CORPORELLE</u> | | | |
| . autonomie | 1 | 1 | 1 |
| . aide | ½ | ½ | ½ |
| . dépendant(e) | 0 | 0 | 0 |
| <u>HABILLAGE</u> | | | |
| . autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement | 1 | 1 | 1 |
| . autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser | ½ | ½ | ½ |
| . dépendant(e) | 0 | 0 | 0 |
| <u>ALLER AUX TOILETTES</u> | | | |
| . autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite | 1 | 1 | 1 |
| . doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller | ½ | ½ | ½ |
| . ne peut aller aux toilettes seul(e) | 0 | 0 | 0 |
| <u>LOCOMOTION</u> | | | |
| . autonomie | 1 | 1 | 1 |
| . a besoin d'aide | ½ | ½ | ½ |
| . grabataire | 0 | 0 | 0 |
| <u>CONTINENCE</u> | | | |
| . continent(e) | 1 | 1 | 1 |
| . incontinence occasionnelle | ½ | ½ | ½ |
| . incontinent(e) | 0 | 0 | 0 |
| <u>REPAS</u> | | | |
| . mange seul(e) | 1 | 1 | 1 |
| . aide pour couper la viande ou peler les fruits | ½ | ½ | ½ |
| . dépendant(e) | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | | | |

IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

| 1. Aptitude à utiliser le téléphone | | |
|--|----------|--------------|
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 1. Se sert normalement du téléphone | 1 | |
| 2. Compose quelques numéros très connus | 1 | |
| 3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément | 1 | |
| 4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément | 0 | |
| 5. Incapable d'utiliser le téléphone | 0 | |
| 2. Courses | | |
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 1. Fait les courses | 1 | |
| 2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats) | 0 | |
| 3. Doit être accompagné pour faire ses courses | 0 | |
| 4. Complètement incapable de faire ses courses | 0 | |
| 3. Préparation des aliments | | |
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas | | |
| 1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas | 1 | |
| 2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis | 0 | |
| 3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas | 0 | |
| 4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir | 0 | |
| 4. Entretien ménager | | |
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères | | |
| 1. Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle | 1 | |
| 2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle | 1 | |
| 3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal | 1 | |
| 4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager | 1 | |
| 5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit | 0 | |
| 5. Blanchisserie | | |
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie | | |
| 1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle | 1 | |
| 2. Lave des petits articles (chaussettes, bas) | 1 | |
| 3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres | 0 | |
| 6. Moyens de transport | | |
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture | 1 | |
| 2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public | 1 | |
| 3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un | 1 | |
| 4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un | 0 | |
| 7. Responsabilité à l'égard de son traitement | | |
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects) | 1 | |
| 2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance | 0 | |
| 3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance | 0 | |
| 8. Aptitude à manipuler l'argent | | |
| <i>Si 0, noter depuis quand</i> | | Commentaires |
| 0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent | | |
| 1. Gère ses finances de façon autonome | 1 | |
| 2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants | 1 | |
| 3. Incapable de manipuler l'argent | 0 | |
| Total score IADL |/ 8 | |
| Nombre items non applicables |/ 8 | |

ANNEXE 3 : MNA

| | | | | |
|--------|-------|-------------|--------------|--------|
| Nom : | | Prénom : | | |
| Sexe : | Age : | Poids, kg : | Taille, cm : | Date : |

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

| Dépistage | |
|---|--|
| <p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?</p> <p>0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires <input type="checkbox"/></p> <p>B Perte récente de poids (<3 mois)</p> <p>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"/></p> <p>C Motricité</p> <p>0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/></p> <p>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?</p> <p>0 = oui 2 = non <input type="checkbox"/></p> <p>E Problèmes neuropsychologiques</p> <p>0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/></p> <p>F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²</p> <p>0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p> | <p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?</p> <p>0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consomme-t-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?</p> <p>0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p> <p>M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait)</p> <p>0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Manière de se nourrir</p> <p>0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/></p> <p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ?</p> <p>0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/></p> <p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?</p> <p>0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circonférence brachiale (CB en cm)</p> <p>0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circonférence du mollet (CM en cm)</p> <p>0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Appréciation de l'état nutritionnel</p> <p>de 24 à 30 points <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/> risque de malnutrition moins de 17 points <input type="checkbox"/> mauvais état nutritionnel</p> |

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

ANNEXE 4 : MMSE

| | |
|--|----------------------|
| MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E) | Etiquette du patient |
| Date : | |
| Évalué(e) par : | |
| Niveau socio-culturel | |

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ? | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | | |
- ☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !___! |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------|------------|-------|
| 11. Cigare | [citron | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | ou [clé | ou [tulipe | !___! |
| 13. porte | [ballon | [canard | !___! |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

- | | |
|--------|-------|
| 14. 93 | !___! |
| 15. 86 | !___! |
| 16. 79 | !___! |
| 17. 72 | !___! |
| 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------|------------|-------|
| 19. Cigare | [citron | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou [clé | ou [tulipe | !___! |
| 21. porte | [ballon | [canard | !___! |

LANGAGE

- | | | |
|---|----------------------------------|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | !___! |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | !___! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : | « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | !___! |

☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | !___! |
| 26. Pliez-la en deux. | !___! |
| 27. et jetez-la par terre ». | !___! |

☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | !___! |
|---------------------------------|-------|

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | !___! |
|---|-------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | !___! |
|---|-------|



SCORE TOTAL (0 à 30) !___!

ANNEXE 5 : GDS

NOM :

Prénom :

Date :

| | | |
|--|------|------|
| 1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie? | oui | non* |
| 2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités? | oui* | non |
| 3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? | oui* | non |
| 4 - Vous ennuyez-vous souvent? | oui* | non |
| 5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme? | oui | non* |
| 6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse? | oui* | non |
| 7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps? | oui | non* |
| 8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir? | oui* | non |
| 9 - Etes-vous heureux la plupart du temps? | oui | non* |
| 10 - Avez-vous souvent besoin d'aide, | oui* | non |
| 11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place? | oui* | non |
| 12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir? | oui* | non |
| 13 - L'avenir vous inquiète-t-il? | oui* | non |
| 14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens? | oui* | non |
| 15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? | oui | non* |
| 16 - Avez-vous souvent le cafard ? | oui* | non |
| 17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile? | oui* | non |
| 18 - Ressassez-vous beaucoup le passé? | oui* | non |
| 19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante? | oui | non* |
| 20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets? | oui* | non |
| 21 - Avez-vous beaucoup d'énergie? | oui | non* |
| 22 - Désespérez-vous de votre situation présente? | oui* | non |
| 23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous? | oui* | non |
| 24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails? | oui* | non |
| 25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer? | oui* | non |
| 26 - Avez-vous du mal à vous concentrer? | oui* | non |
| 27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin? | oui | non* |
| 28 - Refusez-vous souvent les activités proposées? | oui* | non |
| 29 - Vous est-il facile de prendre des décisions? | oui | non* |
| 30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois? | oui | non* |

Chaque réponse marquée * vaut un point.

| |
|--|
| <p>Score 0 à 5 : normal Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression</p> |
|--|

ANNEXE 6 : AGGIR

| | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---|----------------------|
| Nom et prénom MI Sec.Soc. Adresse Né(e) le Âge | | Date de l'évaluation | | Fiche récapitulative AGGIR | | | |
| Activités réalisées par la personne seule | | Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON) | | | | S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Correctement | |
| | | S | T | C | H | Code | Code final |
| | | | | | | modèle CNAMTS | |
| | | | | | | Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales. | |
| | | | | | | Codage intermédiaire | |
| | | | | | | Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON). | |
| | | | | | | Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H. | |
| | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) | |
| | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) • Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. | |
| | | | | | | Code final si sous-variables | |
| | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Orientation : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Toilette : - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B • Habillage : - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. • Alimentation : - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B • Élimination : - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B | |
| | | | | | | Groupe iso-ressources Défini par le système informatique | |
| | | | | | | | |
| 1. Transferts | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Déplacements à l'intérieur | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Toilette | | haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | bas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 4. Élimination | | urinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | fécale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 5. Habillage | | haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | moyen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | bas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 6. Cuisine | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. Alimentation | | se servir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | manger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 8. Suivi du traitement | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. Ménage | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. Alerter | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. Déplacements à l'extérieur | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. Transports | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. Activités du temps libre | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. Achats | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. Gestion | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. Orientation | | dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 17. Cohérence | | communication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| | | comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

ANNEXE 7 : Score HHIES

| | Item | Yes (4 pts) | Sometimes (2 pts) | No (0 pts) |
|--|---|----------------|----------------------|---------------|
| E | Does a hearing problem cause you to feel embarrassed when meeting new people? | _____ | _____ | _____ |
| E | Does a hearing problem cause you to feel frustrated when talking to members of your family? | _____ | _____ | _____ |
| S | Do you have difficulty hearing when someone speaks in a whisper? | _____ | _____ | _____ |
| E | Do you feel handicapped by a hearing problem? | _____ | _____ | _____ |
| S | Does a hearing problem cause you difficulty when visiting friends, relatives, or neighbors? | _____ | _____ | _____ |
| S | Does a hearing problem cause you to attend religious services less often than you would like? | _____ | _____ | _____ |
| E | Does a hearing problem cause you to have arguments with family members? | _____ | _____ | _____ |
| S | Does a hearing problem cause you difficulty when listening to TV or radio? | _____ | _____ | _____ |
| E | Do you feel that any difficulty with your hearing limits or hampers your personal or social life? | _____ | _____ | _____ |
| S | Does a hearing problem cause you difficulty when in a restaurant with relatives or friends? | _____ | _____ | _____ |
| TOTAL SCORE = _____ (sum of the points assigned to each of the items) | | | | |

E = Emotional; S = Social

Interpretation of score:

0-8 suggests no hearing handicap

10-24 suggests mild-moderate hearing handicap

26-40 suggests significant hearing handicap

Refer for additional hearing evaluation if score is ≥ 10 points

ANNEXE 8 : MOS SHORT FORM 36

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :
 1: Excellente 2: Très bonne 3: Bonne 4: Médiocre 5: Mauvaise

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?
 1: Bien meilleur que l'an dernier 2: Plutôt meilleur
 3: À peu près pareil 4: Plutôt moins bon
 5: Beaucoup moins bon

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

| Liste d'activités | OUI beaucoup limité (e) | OUI peu limité(e) | NON pas du tout limité(e) |
|--|-------------------------|-------------------|---------------------------|
| A | | | |
| Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport... | 1 | 2 | 3 |
| B | | | |
| Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules | 1 | 2 | 3 |
| C | | | |
| Soulever et porter les courses | 1 | 2 | 3 |
| D | | | |
| Monter plusieurs étages par l'escalier | 1 | 2 | 3 |
| E | | | |
| Monter un étage par l'escalier | 1 | 2 | 3 |
| F | | | |
| Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir | 1 | 2 | 3 |
| G | | | |
| Marcher plus d'un kilomètre à pied | 1 | 2 | 3 |
| H | | | |
| Marcher plusieurs centaines de mètres | 1 | 2 | 3 |
| I | | | |
| Marcher une centaine de mètres | 1 | 2 | 3 |
| J | | | |
| Prendre un bain, une douche ou s'habiller | 1 | 2 | 3 |

4/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique :

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| A | | |
| Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? | 1 | 2 |
| B | | |
| Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? | 1 | 2 |
| C | | |
| Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? | 1 | 2 |
| D | | |
| Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) | 1 | 2 |



5/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e) :

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| A | | |
| Avez vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ? | 1 | 2 |
| B | | |
| Avez vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ? | 1 | 2 |
| C | | |
| Avez vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? | 1 | 2 |

6/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

1: Pas du tout **2:** Un petit peu **3:** Moyennement **4:** Beaucoup **5:** Énormément

7/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1: Nulle **2:** Très faible **3:** Faible
4: Moyenne **5:** Grande **6:** Très grande

8/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1: Pas du tout **2:** Un petit peu **3:** Moyennement **4:** Beaucoup **5:** Énormément



9/ Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

| | En permanence | Très souvent | Souvent | Quelque fois | Rarement | Jamais |
|--|---------------|--------------|---------|--------------|----------|--------|
| A | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) dynamique ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10/ Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1 : En permanence

2 : Une bonne partie du temps

3 : De temps en temps

4 : Rarement

5 : Jamais



11/ Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

| | Totalement vraie | Plutôt vraie | Je ne sais pas | Plutôt fausse | Totalement fausse |
|--|------------------|--------------|----------------|---------------|-------------------|
| A | | | | | |
| Je tombe malade plus facilement que les autres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B | | | | | |
| Je me porte aussi bien que n'importe qui | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C | | | | | |
| Je m'attends à ce que ma santé se dégrade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D | | | | | |
| Je suis en excellente santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Tableau 1 : résumé des concepts

| Nom des échelles | Symboles | Résumé du contenu |
|-------------------------------------|----------|---|
| Activité physique | PF | Mesure des limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés. |
| Limitations dues à l'état physique | RP | Mesure de la gêne, due à l'état physique, dans les activités quotidiennes : mesure des limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser. |
| Douleurs physiques | BP | Mesure de l'intensité de la douleur et de la gêne occasionnée. |
| Santé perçue | GH | Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue. |
| Vie et relation avec les autres | SF | Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique. |
| Santé psychique | MH | Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être (bonheur) ? |
| Limitations dues à l'état psychique | RE | Mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé. |
| Évolution de la santé perçue | HT | Évolution de la santé perçue comparée, d'une année à l'autre. |

Tableau 2 : scores des domaines de la SF-36 de la population générale

| Domaine | Moyenne | % Plancher | % Plafond | Écart type | Percentile 25 th | Médiane | Percentile 75 th |
|---------|---------|------------|-----------|------------|-----------------------------|---------|-----------------------------|
| PF | 84,45 | 0,6 | 34,5 | 21,19 | 80,00 | 95,00 | 100,00 |
| RP | 81,21 | 8,2 | 68,3 | 32,2 | 75,00 | 100,00 | 100,00 |
| BP | 73,39 | 0,0 | 29,1 | 23,73 | 52,00 | 74,00 | 100,00 |
| GH | 69,13 | 0,1 | 3,3 | 18,57 | 57,00 | 72,00 | 82,00 |
| VT | 59,96 | 0,1 | 1,3 | 18,05 | 50,00 | 60,00 | 75,00 |
| SF | 81,55 | 0,2 | 40,9 | 21,41 | 62,5 | 87,5 | 100,00 |
| RE | 82,13 | 8,9 | 71,8 | 32,15 | 66,7 | 100,00 | 100,00 |
| MH | 68,47 | 0,1 | 1,7 | 17,62 | 60,00 | 72,00 | 80,00 |



ANNEXE 9 : Test de Tinetti

Le Test de Tinetti

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

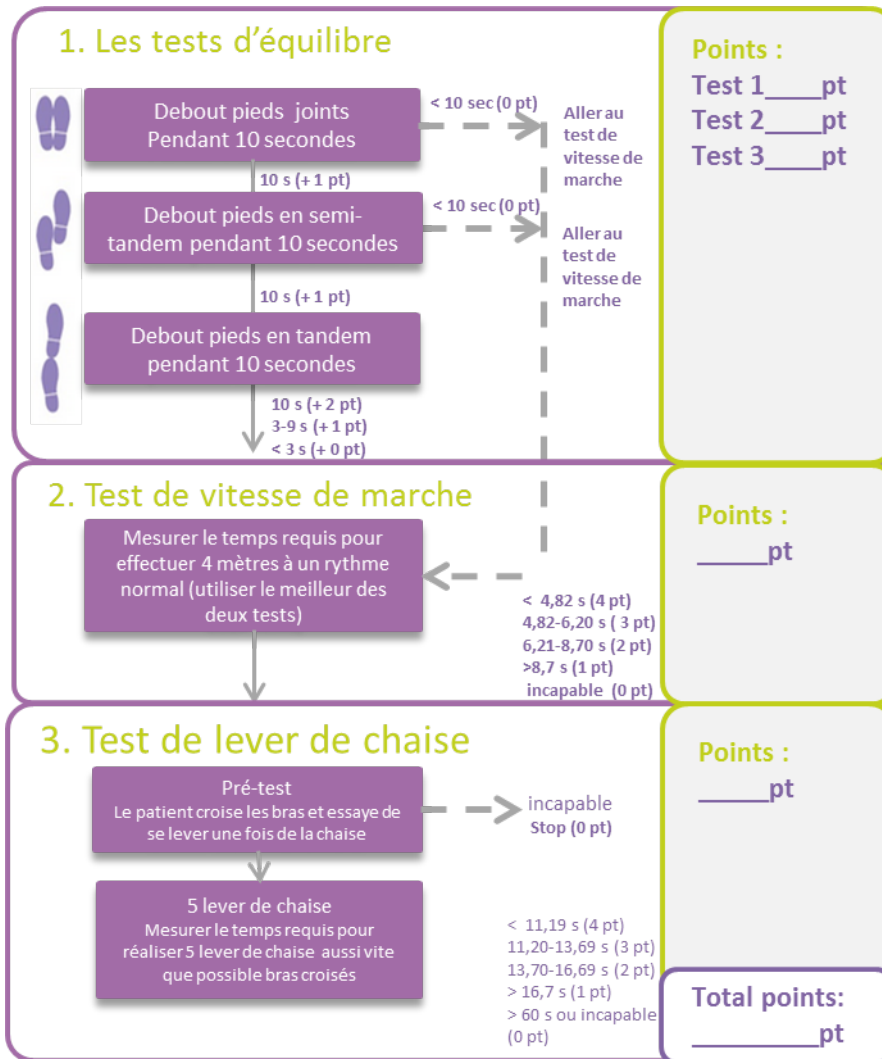
| | |
|--|--------------------------|
| Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs : | |
| 1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable | <input type="checkbox"/> |
| On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs : | |
| 1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai | <input type="checkbox"/> |
| 3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique | <input type="checkbox"/> |
| Test de provocation de l'équilibre en position debout : | |
| 4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable | <input type="checkbox"/> |
| 6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable | <input type="checkbox"/> |
| 7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable | <input type="checkbox"/> |
| Le patient doit se retourner de 360° : | |
| 8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------|
| Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) : | |
| 10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation | <input type="checkbox"/> |
| 11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol | <input type="checkbox"/> |
| 13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol | <input type="checkbox"/> |
| 15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique | <input type="checkbox"/> |
| 16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus | <input type="checkbox"/> |
| Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique | <input type="checkbox"/> |
| Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet | <input type="checkbox"/> |
| Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche | <input type="checkbox"/> |
| Le patient doit s'asseoir sur la chaise : | |
| 17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier | <input type="checkbox"/> |
| SCORE MAXIMUM = 28 points | |

Interprétation :

| | |
|-----------------------------|---|
| Total inférieur à 20 points | : risque de chute très élevé |
| Total entre 20-23 points | : risque de chute élevé |
| Total entre 24-27 points | : risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres |
| Total à 28 points | : normal |

ANNEXE 10 : SPPB



ANNEXE 11 : OHAT

Oral Health Assessment Tool (OHAT) for Dental Screening
 modified from Kayser-Jones et al. (1995) by Chalmers (2004)

| Patient: _____ | | Completed by: _____ | | Date: ____/____/____ | |
|--|--|---|---|-----------------------------|--|
| <p>Scores: The final score is the sum of scores from the eight categories and can range from 0 (very healthy) to 16 (very unhealthy). While the cumulative score is important in assessing oral health, the score of each item should be considered individually. Symptoms that are underlined require immediate attention. *If any category has a score of 1 or 2, please arrange for the patient to be examined by a dentist.</p> | | | | | |
| Category | 0 = healthy | 1 = changes * | 2 = unhealthy * | Category scores | |
| Lips | Smooth, pink, moist | Dry, chapped, or <u>red at corners</u> | Swelling or lump, white/red/ulcerated patch; <u>bleeding/ulcerated at corners</u> | | |
| Tongue | Normal, moist, roughness, pink | Patchy, fissured, red, coated | Patch that is <u>red and/or white, ulcerated, swollen</u> | | |
| Gums and tissues | Pink, moist, smooth, no bleeding | Dry, shiny, rough, red, swollen, one <u>ulcer/sore spot under dentures</u> | Swollen, <u>bleeding gums, ulcers, white/red patches, generalized redness or ulcers under dentures</u> | | |
| Saliva | Moist tissues, watery and free-flowing saliva | Dry, sticky tissues, little saliva present | <u>Tissues parched and red, very little/no saliva present, saliva very thick</u> | | |
| Natural teeth Yes/No | No decayed or broken teeth/roots | <u>1-3 decayed or broken teeth/ roots</u> or teeth very worn down | <u>4 or more decayed or broken teeth/roots, or fewer than 4 teeth, or very worn down teeth</u> | | |
| Dentures Yes/No | No broken areas or teeth, dentures regularly worn | <u>1 broken area/ tooth or dentures only worn for 1-2 hrs daily, or loose dentures</u> | <u>More than 1 broken area/tooth, denture missing or not worn, needs denture adhesive</u> | | |
| Oral cleanliness | Clean, no food particles or tartar in mouth or on dentures | <u>Food particles/ tartar/ plaque in 1-2 areas of the mouth or on small area of dentures or bad breath</u> | <u>Food particles/tartar/plaque in most areas of the mouth or on most of dentures or severe halitosis (bad breath)</u> | | |
| Dental pain | No behavioral, verbal, or physical signs of dental pain | <u>Verbal &/or behavioral signs of pain such as pulling at face, chewing lips, not eating, aggression</u> | <u>Physical signs such as facial swelling, sinus on gum, broken teeth, large ulcers, and verbal and/or behavioral signs such as pulling at face, chewing lips, not eating, aggression</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Arrange for patient to be examined by a dentist. <input type="checkbox"/> Patient or family/guardian refuses dental treatment. <input type="checkbox"/> Review this patient's oral health again on (date): ____/____/____ | | | | TOTAL SCORE: 16 | |

Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Tidler MG. Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. *J Gerontol Nurs.* 2004 Nov;30(11):5-12.

ANNEXE 12 : index de Charlson

| 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 |
| SCORE TOTAL | 0 à 37 |

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% |

ANNEXE 13 : GFST



Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL $\geq 5/6$), à distance de toute pathologie aiguë.

| | OUI | NON | Ne sait pas |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre patient vit-il seul ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient se plaint-il de la mémoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Votre patient vous paraît-il fragile ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

ANNEXE 14 : EDMONTON FRAIL SCALE

| EDMONTON FRAIL SCALE ¹ | | Entourer l'évaluation faite et additionner les points | | |
|-----------------------------------|---|--|------------------------------------|----------------------------------|
| Score : /17 | | <i>(0-3 : non fragile ; 4-5 : légèrement fragile ; 6-8 : modérément fragile ; 9-17 : sévèrement fragile)</i> | | |
| Domaine | Item | 0 point | 1 point | 2 points |
| Cognitif | Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10. | Pas d'erreurs | Erreurs mineures de positionnement | Autres erreurs |
| Santé générale | Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis(e) à l'hôpital ? | 0 | 1-2 | 3 ou plus |
| | En général comment appréciez-vous votre santé | Excellente, très bonne, bonne | Correcte, passable | Mauvaise |
| Indépendance fonctionnelle | Pour combien des 8 activités suivantes nécessitez-vous de l'aide : déplacements, courses, préparation des repas, faire le ménage, téléphoner, gérer vos médicaments, gérer vos finances, la lessive | 0-1 | 2-4 | 5-8 |
| Support social | Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord de vous aider et en mesure de vous aider | Toujours | Parfois | Jamais |
| Médicaments utilisés | Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ? | Non | Oui | |
| | Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ? | Non | Oui | |
| Nutrition | Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges | Non | Oui | |
| Humeur | Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ? | Non | Oui | |
| Continence | Perdez-vous des urines sans le vouloir ? | Non | Oui | |
| Performance fonctionnelle | Test « Up and go » chronometer. (Asseyez-vous tranquillement sur cette chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et venez vous rasseoir) | 0-10sec | 11-20sec | >20 sec, ou Assistance, ou refus |

ANNEXE 15: EGS HPM

Grille d'évaluation du niveau de fragilité
Outil d'évaluation rapide du profil de fragilité des séniors.

Cette grille permet de définir un profil gériatrique. Ce n'est pas une évaluation gériatrique. Elle est composée de 13 questions avec, pour chacune, 3 réponses possibles donnant un score (0, 1 ou 2). Le score total, calculée sur 26, permet d'apprécier le niveau de fragilité. Une personne âgée est considérée comme fragile lorsque l'on obtient un score de 9 ou + sur 26.

NOM et Prénom de la personne :

Année de naissance :

Âge :

Sexe :

| Date évaluation | N° Structure | Fonction de l'évaluateur | N° Personne | POIDS (en Kg) | TAILLE (en cm) | Code postal | Statut marital |
|-----------------|--------------|--------------------------|-------------|---------------|----------------|-------------|----------------|
| | | | | | | | |

Volet A et B : A remplir par le médecin gériatre référent.

| Volet A | Profil gériatrique et facteurs de risques | | | Score |
|---|---|---|-------------------------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | |
| Age | 74 ans ou moins | Entre 75 ans et 84 ans | 85 ans ou plus | |
| Provenance | Domicile. | Domicile avec aide prof | FL ou EHPAD | |
| Médicaments | 3 médicaments ou moins | 4 à 5 médicaments | 6 médicaments ou plus | |
| Humeur | Normale | Parfois anxieux ou triste | Déprimé | |
| Perception de sa santé par aux personnes de même âge | Meilleure santé | Santé équivalente | Moins bonne santé | |
| Chute dans les 6 derniers mois | Aucune chute | Une chute sans gravité | Chute(s) multiples ou compliquée(s) | |
| Nutrition | Poids stable, apparence normale | Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois) | Dénutrition franche | |
| Maladies associées | Absence de maladie connue et traitée | De 1 à 3 maladies | Plus de 3 maladies | |

Grille d'évaluation du niveau de fragilité
Outil d'évaluation rapide du profil de fragilité des séniors.

| | | | | |
|---|--------------|----------------------------|--|----------|
| AIVQ (confection des repas, téléphone, prises des médicaments, transports) | Indépendance | Aide partielle | Incapacité | |
| Mobilité (se lever, marcher) | Indépendance | Soutien | Incapacité | |
| Continence (urinaire et/ou fécale) | Continence | Incontinence occasionnelle | Incontinence permanente | |
| Prise des repas | Indépendance | Aide ponctuelle | Assistance complète | |
| Fonctions cognitives (mémoire, orientation) | Normales | Peu altérées | Très altérées (confusion aiguë, démence) | |
| TOTAL | | | | ... / 26 |

| TOTAL Volet A | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Score \leq 8 Personne peu fragile | 8 < Score \leq 11 Personne fragile | Score > 11 Personne très fragile |

| Volet B | Données complémentaires | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|-------|
| | 0 | 1 | 2 | Score |
| Hospitalisation au cours des 6 derniers mois | Aucune hospitalisation | 1 hospitalisation de durée < 3 mois | Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois | |
| Vision | Normale (avec ou sans correction) | Diminuée | Très diminuée | |
| Audition | Normale (avec ou sans correction) | Diminuée | Très diminuée | |
| Support social / entourage | Couple (ou famille) | Seul sans aide | Seul avec aide | |
| Aide à domicile professionnelle | Aucun besoin | Aide unique occasionnelle | Aide quotidienne ou multiple | |
| Aidant naturel | Aucun besoin | Aide unique occasionnelle | Aide quotidienne ou multiple | |
| Perception de la charge par les proches | Supportable | Importante | Trop importante | |
| Habitat | Adapté | Peu adapté | Inadéquat | |
| Situation financière | Pas de problème | Aide déjà en place | Problème identifié et absence d'aide | |
| Perspectives d'avenir selon la personne | Maintien lieu de vie actuel | Maintien lieu de vie et renforcement aides | Changement de lieu de vie souhaité | |
| Perspectives d'avenir selon son entourage | Maintien lieu de vie actuel | Maintien lieu de vie et renforcement aides | Changement de lieu de vie souhaité | |

Grille d'évaluation du niveau de fragilité
Outil d'évaluation rapide du profil de fragilité des séniors.

TOTAL Volet B : ... / 22

Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité

Remarques de l'expérimentateur :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Grille d'évaluation du niveau de fragilité Outil d'évaluation rapide du profil de fragilité des séniors.

Cette grille est une adaptation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission). Auteurs : SCHOEVAERDTS Didier, BIETTLOT Serge, MALHOMME Brigitte, REZETTE Céline, GILLET Jean-Bernard, VANPEE Dominique, CORNETTE Pascale, SWINE Christian, La Revue de Gériatrie : 2004, vol.29, n°3,

pp.169-178

Volet C à remplir par le médecin référent de l'HDJ.

Volet C Synthèse et actions

Synthèse des difficultés repérées :

| | | |
|----------------------|-------------------|-------------------------|
| Examens programmés : | Médecins prévus : | Professionnels prévus : |
|----------------------|-------------------|-------------------------|

Grille d'évaluation du niveau de fragilité
Outil d'évaluation rapide du profil de fragilité des séniors.

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bilan biologique <input type="checkbox"/> IRM cérébral <input type="checkbox"/> TSAO | <input type="checkbox"/> Avis cardiologue + ECG <input type="checkbox"/> Avis du médecin MPR <input type="checkbox"/> Avis gériatrique <input type="checkbox"/> Avis neurologue <input type="checkbox"/> Avis néphrologue <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Avis kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Avis assistante du service sociale <input type="checkbox"/> Avis psychologue <input type="checkbox"/> Avis neuropsychologue <input type="checkbox"/> Avis diététicienne <input type="checkbox"/> Avis ergothérapeute <input type="checkbox"/> Avis gériatrique <input type="checkbox"/> Avis orthophoniste |
|---|---|---|

A Roubaix, le.....
Médecin référent : Dr.....

ANNEXE 16 : EGS GHICL

G.H.I.C.L Saint philibert (Dr Delécluse Céline).

Consultation d'oncogériatrie 10

Date : Etablissement :

Lieu de la consultation gériatrique

Ambulatoire (consultation / Hdj) Hospitalisation

Référent gériatre :

Référent oncologue :

CONTEXTE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

Nom : NJF : Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Lieu de Naissance (ville) :

Adresse : Tel :

Etiquette patient
centre :
année de naissance
Nom : prénom

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Famille présente : oui non

Marié(e) Veuf(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Remariage Autre

Aidant naturel principal (personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne malade et/ou dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non.)

Conjoint Enfant Voisin/ami autre _____ Pas d'aidant

Aidant souffrant lui-même d'un problème de santé : oui non

Le patient est lui-même l'aidant d'un de ses proches : oui non

Aidant naturel principal et coordonnées :

Personnes ressources :

Lieu de vie : Domicile **Vit seul** oui non
Foyer logement
EHPAD/USLD
Autre précisez :

Si patient vit au domicile :

Maison Etage Confort : Marches :
Appartement Ascenseur Escaliers :

Lit médicalisé : Chaise percée

Problème identifié lié au lieu de vie (logement ou éloignement géographique): oui non

Sources d'aides : professionnelle et informelle

Aide-ménagère : oui non

Nombre d'heures par semaine :

Aide familiale : (fréquence)

Moyen rémunération : APA : oui non

Aide amicale : (fréquence)

C E S : oui non

Autre / voisins :

Portage de repas : oui non / Téléalarme : oui non / HAD : oui non

Aides déjà en place (auxiliaire de vie, IDE, SSIAD, HAD...) : oui non

Protection juridique : Aucune en cours Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Activités/ occupation : _____ baisse des activités : oui : non : depuis :

Protection sociale :

Sécurité sociale :

Mutuelle :

APA : oui non en cours

Réévaluation nécessaire : oui non

Conditions de ressources :

Niveau éducatif et profession exercée :

ENVIRONNEMENT MEDICAL

| | |
|------------------------------|-------|
| Médecin traitant : | Tél : |
| Adresse : | |
| Médecin spécialiste : | Tél : |
| Adresse : | |
| Médecin spécialiste : | Tél : |
| Adresse : | |

2

| | | |
|---|--------|----------|
| Infirmière à domicile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Nb H/J | Nb J/SEM |
| HAD : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| SSIAD : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| Kiné : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Nb H/J | Nb J/SEM |

Demande consultation de la part du docteur

Lieu d'exercice :

Lettre Médicale : oui non

Biologie récente : oui non

Motif de la consultation gériatrique (plusieurs réponses possibles) :

- Aide à la décision thérapeutique / discussion faisabilité de traitement
- Evaluation de la fragilité (risque de chute, démence, dénutrition, dépendance...)
- Evaluer les comorbidités, leur sévérité et les hiérarchiser
- Aide à l'organisation des soins
- Suivi d'un patient ayant déjà bénéficié d'une évaluation gériatrique
- Autre : _____

Dossier présenté en RCP : oui non ne sait pas

EVALUATION GERIATRIQUE :

Antécédents familiaux: père : _____ mère : _____ frères/sœurs : _____

Antécédents personnels + dates :

| Médicaux | Chirurgicaux |
|----------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Pathologies en cours , dates de début, degré d'évolution

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Comorbidités CIRS – G (stades : 1 = léger, 2 = modéré, 3 = sévère, 4 = très sévère)

| Catégories du CIRS-G (hors cancer) | | Stade | Cocher en + |
|---|--------------------------|-------|---|
| CARDIAQUE cœur seulement | <input type="checkbox"/> | | insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> |
| VASCULAIRE / HTA | <input type="checkbox"/> | | |
| HEMATOLOGIE sang, moelle osseuse, rate, vaisseaux sanguins, ganglions | <input type="checkbox"/> | | |
| RESPIRATOIRE poumons, bronches, trachée sous larynx | <input type="checkbox"/> | | BPCO <input type="checkbox"/> |
| ORL et OPH oreilles, nez, larynx, yeux | <input type="checkbox"/> | | |
| DIGESTIF SUP œsophage, estomac, duodénum, voies biliaires, pancréas | <input type="checkbox"/> | | Ulcère GD <input type="checkbox"/> |
| DIGESTIF INF reste des intestins, dont hernies | <input type="checkbox"/> | | |
| HEPATIQUE foie seulement | <input type="checkbox"/> | | |
| RENAL reins seulement | <input type="checkbox"/> | | |
| GENITO-URINAIRE uretères, urètre, prostate, vessie, gonades | <input type="checkbox"/> | | |
| MUSCULO-SQUELETTIQUE et TEGUMENTS muscles, os, peau | <input type="checkbox"/> | | |
| NEUROLOGIQUE cerveau, (démences exclues), moelle épinière, nerfs | <input type="checkbox"/> | | AVC <input type="checkbox"/> |
| ENDOCRINO-METABOLIQUE diabète, infection diffuse, intoxication | <input type="checkbox"/> | | Diabète <input type="checkbox"/> |
| PSYCHIATRIE incluse démences, agitation, dépression, anxiété, psychoses | <input type="checkbox"/> | | |
| CIRS-G total (nombre de croix) | | | |

Habitudes toxiques : alcool : oui non
 (> 2 verres/j chez la femme ou > 3 verres/ chez l'homme)
 tabac : fume a fumé n'a jamais fumé

Allergies :

Vaccinations : grippe : oui non / tétanos : oui non

Traitements actuels :

| Médicaments | Posologies | Débuté en ou le |
|-------------|------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Nombre de médicaments (hors chimiothérapie) : _____

Evaluation gériatrique : IADL : ____ /8 IADL : ____ /4

AUTONOMIE

| | | | | | | | |
|---------------------|----|--------------------|-------|-------|----------------------|-----------|-------|
| ADL | | AGGIR | | | Alimentation | se servir | A B C |
| Hygiène | | Cohérence | | A B C | | manger | A B C |
| Habillage | | Orientation | | A B C | Elimination | urinaire | A B C |
| Wc | | Toilette | haut | A B C | | fécale | A B C |
| Continence | | | bas | A B C | Déplacements | intérieur | A B C |
| Mobilité | | Habillage | haut | A B C | | extérieur | A B C |
| Alimentation | | | moyen | A B C | Transferts | | A B C |
| | | | bas | A B C | Communication | | A B C |
| ADL | /6 | | | | GIR : | /6 | |

Sphincters : continence urinaire : oui non

Continence anale : oui non

Evaluation nutritionnelle : poids de forme :

Poids actuel : _____ Kg Taille : _____ cm BMI = _____

Perte de poids Pas de perte de poids Ne sait pas
 > 2 % en une semaine > 5 % en un mois > 10 % en six mois

MiniMNA \geq 12 (sinon faire MNA)

MNA : score =

< 17 entre 17 et 23,5 \geq 24 Non réalisé/Non évaluable

Périmètre brachial = _____ cm Périmètre mollet : _____ cm

Albumine = _____ g/l Non disponible :

Pré-albumine : _____ g/l Non disponible :

Conseils diététiques : oui non

Etat buccodentaire :

Appareillage :

Mycose :

Autre :

Troubles déglutition : oui non

Test à l'eau : bon mauvais

Evaluation cognitive

MMS : ____ /30 Non réalisé/Non évaluable :

Remarques :

Test des 5 mots : ____ /10

Test horloge :

Evaluation thymique

miniGDS : ____ /4 ou GDS : ____ /15 Non réalisé/Non évaluable :

Sommeil : bon mauvais **Traitement :** oui non **EPWORTH :**
 Amplitude : de _____ à _____ h / réveils x : _____ / nuit

Evaluation de la marche et de l'équilibre

Nombre de chutes au cours de l'année écoulée : _____ Ne sait pas
 Timed Up & Go test : _____ secondes Non réalisé/Non évaluable :
 Appui unipodal > à 5 secondes oui non Non réalisé/Non évaluable :
 Chaussage : bon mauvais

Organes des sens :

Audition : appareillage : oui non bonne mauvaise **HHIES :**
 Vision : lunettes : oui non bonne mauvaise **AMSLER :**

Ressenti du patient

Douleurs : oui non **EVA :** ____ ou **EN :** ____
 Localisation : _____ Type : _____
 Ancienneté : _____ Durée : _____
 Traitement : _____

Anxiété : oui non **EVA :** ____ ou **EN :** ____
Asthénie : oui non **EVA :** ____ ou **EN :** ____

Données biologiques

Hémoglobine = _____ g/dl Non disponible :
 Créatininémie : _____ mg/L ou _____ µmol/L Non disponible :
 Clairance = _____ ml/mn (MDRD)
 Clairance = _____ ml/mn (Cockcroft)
 C Reactive Protein = _____ mg/l Non disponible :
 LDH = _____ UI/L Non disponible :

LES CONSTANTES : **TA :** **PLS :**

RECHERCHE D'HYPOTENSION ARTERIELLE ORTHOSTATIQUE :

| | | Tension | Pouls |
|----------------|-------|---------|-------|
| Couché / Assis | | | |
| Debout | 1 min | | |
| | 2 min | | |
| | 3 min | | |
| | 4 min | | |
| | 5 min | | |

Informations sur le cancer

En cas de cancers simultanés remplir les deux paragraphes

1) premier cancer

- Il s'agit d'un premier cancer (éventuellement de plusieurs « premiers » cancers)
 Il s'agit d'un nouveau cancer (antécédent de cancer connu et différent)
 Il s'agit d'une récurrence d'un cancer connu
Si récurrence : locale métastases

Patient informé du diagnostic du cancer : oui non

Famille informée du diagnostic : oui non

Termes employés :

Localisation du ou des cancer(s) : _____

Histoire de la maladie et circonstances de découverte :

Localisation de la tumeur et signes occasionnés :

Extension (TNM) : T ___ (1, 2, 3, 4 ou x), N ___ (0, 1, 2, 3 ou x), M ___ (0, 1 ou x) (x = indéterminé)
Si autre classification, précisez :

Grade histologique :

Si cancer du sein : grade SBR ___ (I, II ou III) Her2 + Her2 -

Récepteurs hormonaux : RE + RE - RP + RP-

Marqueur biologique (PSA, ACE...) :

Type histologique : Adénocarcinome Lymphome haute malignité
 Epidermoïde Lymphome faible malignité
 Sarcome Tumeurs plasmocytaires
 Mélanome Tumeurs neuroendocrines
 Inconnu Autre :

Localisation métastatique pas de métastases donnée non connue

(choix multiple) ganglionnaire pulmonaire osseuse
 hépatique rénale digestive autre
 péritonéale cérébrale cutanée
 pleurale autre :

Examens effectués et résultats:

Examens en cours dates :

Bilan d'extension :

Traitement pour le cancer reçu dans les 3 mois précédents : oui non

Si oui, type de traitement :

- chirurgie
- radiothérapie
- traitement médical : chimiothérapie
 - hormonothérapie
 - thérapie ciblée
- surveillance sans intervention thérapeutique carcinologique

Commentaires libres :

Stratégie thérapeutique envisagée

- chirurgie
- radiothérapie
- traitement médical : chimiothérapie
 - hormonothérapie
 - thérapie ciblée
- surveillance sans intervention thérapeutique carcinologique
- non définie
- autre, précisez :

Commentaires libres :

Index de Karnofsky :

Performance status de l'OMS :

- OMS 0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction
- OMS 1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
- OMS 2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps
- OMS 3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
- OMS 4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

Densité de soins actuels :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pansement de plaies / escarres | <input type="checkbox"/> Urostomie / Bricker |
| <input type="checkbox"/> Sonde vésicale | <input type="checkbox"/> Gastrostomie / jéjunostomie |
| <input type="checkbox"/> Perfusion | <input type="checkbox"/> Poche colostomie / iléostomie |
| <input type="checkbox"/> Oxygène | <input type="checkbox"/> Trachéotomie / trachéostomie |
| <input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

SYNTHESE DE LA CONSULTATION :

Syndromes gériatriques

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Dénutrition | <input type="checkbox"/> | Perte d'autonomie | <input type="checkbox"/> |
| Troubles déglutition | <input type="checkbox"/> | Escarre | <input type="checkbox"/> |
| Chutes répétées (≥ 2 /an) | <input type="checkbox"/> | Incontinence | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de l'équilibre ou de la marche | <input type="checkbox"/> | Troubles visuels | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de mémoire / démence | <input type="checkbox"/> | Troubles auditifs | <input type="checkbox"/> |
| Confusion mentale | <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> |
| Dépression | <input type="checkbox"/> | | |

Score de Lee : ____ points ou Estimation de la mortalité à 4 ans : ____ %

Score de Walter : ____ points ou Estimation de la mortalité à 1 an : ____ %

A l'issue de l'évaluation gériatrique :

- Accord avec la stratégie thérapeutique envisagée initialement
- Proposition d'adapter ou modifier la stratégie thérapeutique envisagée initialement
- Abstention thérapeutique à visée carcinologique
- Projet thérapeutique non défini / non disponible
- Autre : _____

PLAN DE SOINS PROPOSES :

Médicaments, Rééducation, Conseils, Aides prof, Aides techniques , Aides administratives,
Surveillance : clinique, fonctionnelle, bio, préventive

Plan de soins gériatrique proposé :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adaptation thérapeutique (hors cancer) | <input type="checkbox"/> Kiné/Rééducation |
| <input type="checkbox"/> Adaptation nutritionnelle (compléments nutritionnels...) | <input type="checkbox"/> IDE, AS à domicile |
| <input type="checkbox"/> Adaptation logement (lit médicalisé...) | <input type="checkbox"/> Aide psychologique |
| <input type="checkbox"/> Aides administratives (APA...) | <input type="checkbox"/> Aide aux aidants |
| <input type="checkbox"/> Intervention d'une assistante sociale | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Intervention d'un réseau de soin gériatrique | |
| <input type="checkbox"/> Avis spécialisé (cardio, neuro, psy...) | |
| <input type="checkbox"/> Bilan complémentaire spécifique (mémoire, chute...) | |
| <input type="checkbox"/> Orientation (SSR, EHPAD...) Laquelle : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Nécessité suivi onco-gériatrique : oui non

**CONSULTATIONS GERIATRIQUES
HOPITAUX DE JOUR GERIATRIQUES**

EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE

EVALUATION DE LA FRAGILITE

PREVENTION DU VIEILLISSEMENT

EVALUATION PRE-OPERATOIRE

ENVIRONNEMENT MEDICAL :

| | |
|-------------------|--|
| NOM | |
| Prénom | |
| Date de naissance | |

| |
|------------------------------|
| Médecin généraliste |
| Adresse |
| Téléphone : |
| Médecin spécialiste |
| Adresse : |
| Téléphone : |
| Médecin spécialiste : |
| Adresse : |
| Téléphone : |

| Demandeur de la consultation : | Nom |
|---------------------------------------|------------|
| Médecin généraliste | |
| Spécialiste | |
| Gériatre | |
| Le patient | |
| La famille | |
| Autre | |

| Motif de la consultation : | |
|---|--|
| Évaluation de la fragilité | |
| Evaluation des syndromes gériatriques | |
| Bilan pré opératoire | |
| Demande de l'équipe mobile de gériatrie | |
| Situation psychosociale complexe | |
| | |
| | |
| | |

Couverture de santé :

- ALD : oui non
- ALD 15 : oui non
- autres ALD : oui non Laquelle :
- Couverture sociale : oui non
- Numéro :
- Mutuelle : oui non
- Laquelle :

EVALUATION SOCIO ENVIRONNEMENTALE :

1) Mode de vie :

- niveau d'étude :
 - analphabète primaire secondaire(collège, CAP, brevet)
 - secondaire (BEP, lycée, BAC) supérieure (BAC+)
- Profession(s) exercée(s) :(catégorie INSEE)
 - Agriculteur Artisan Commerçant chef d 'entreprise cadre-
 - professions intellectuelles professions intermédiaires Employé
 - ouvrier Femmes au foyer Autre Sans informations
- Statut Social / Familial :

marié célibataire divorcé séparé concubinage veuf

Nombre enfants :

Nombre d'enfants aidants :

Aidant naturel principal :

conjoint enfant voisin ami autre : _____

pas d'aidant

aidant en bonne santé aidant avec des problèmes de santé

le patient est l'aidant d'un de ces proches

2) lieu de vie :

- maison appartement foyer logement résidence service
 EHPAD USLD

Si le patient vit seul :

- Maison : avec confort sans confort
Appartement : rez de chaussée
 ascenseur : oui / non
 étage n° :

3) Occupations :

- sportive culturelle voyages
 autre :
Baisse des occupations oui non depuis : _____

4) Ressources :

- Aide Ménagère : oui non
 organisme :
 familiale :
 amicale ou autres :

Nombre d'heures par semaine :

- Aide au repas : oui non Téléalarme : oui non

- Aides en place auxiliaire de vie SSIAD
 IDE MAIA

Ressources financières :

- APA CESU personnelle MDPH

5) Droit du patient :

- Personne de confiance : oui non

nom :

Mandat de protection future : oui non

Protection juridique :

aucune curatelle simple curatelle renforcée

tutelle aux biens tutelle à la personne

habilitation familiale

Problème social identifié :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

| Antécédents Médicaux : (avec date) | |
|--------------------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Antécédents chirurgicaux : (avec date) | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Antécédents néoplasiques: (avec date) | |
|---|--|
| | |
| | |
| | |

| Antécédents familiaux : | |
|-------------------------|--|
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

| Vaccin : (avec date) | |
|------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

| Facteur de risque : | |
|------------------------------|---|
| Sédentaire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Activité physique | <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> intense |
| Tabac actif en paquet années | |
| Tabac passif | |
| alcool | |

| Pathologie active et hospitalisation dans l'année : (avec date) | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Traitement : fournir une ordonnance | |
|-------------------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Automédication : | |
| Allergie : | |

EVALUATION DE L'AUTONOMIE :

| | |
|--|---|
| OMS : | |
| <input type="checkbox"/> OMS 0 : capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction <input type="checkbox"/> OMS 1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail <input type="checkbox"/> OMS 2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler . Alité moins de 50% du temps <input type="checkbox"/> OMS 3 : capable de quelques soins personnel. Alité ou en chaise plus de 50%du temps <input type="checkbox"/> OMS 4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence . | |
| DEPENDANCE : | |
| Score ADL | |
| Score IADL 8 items | |
| MOS Short Form-36 : | |
| Score : | |
| AGGIR : | |
| Score | |
| Contenance | |
| Urinaire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Fécale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Matériel de dépendance : | |
| Type : | |

ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE :

| MARCHE : | | |
|---------------|------------------------------------|---|
| A faire | Outils | Résultats |
| | Nombre de chute sur six mois | |
| | Test d'hypotension orthostatique | <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif |
| | Test de marche sur 4 mètres | |
| | Type de marche | |
| | Test de marche sur six minutes | |
| EQUILIBRE : | | |
| A faire | Outils | Résultats |
| | Appui monopodal droit | secondes |
| | Appui monopodal gauche | secondes |
| | Push Test | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pathologique |
| | Test de Tinetti simplifié | |
| | Test d'anticipation posturale | |
| | Time Up and Go | |
| SARCOPENIE : | | |
| A faire | Outils | Résultats |
| | Short Physical Performance Battery | |
| | Grip test (dynamomètre) | |
| OSTEOPOROSE : | | |
| A faire | Outils | Résultats |
| | Densitométrie | <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> ostéopénie <input type="checkbox"/> ostéoporose |

ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL :

1) Mode de vie :

- cuisine seul livraison des repas au domicile par la famille
- autre : _____

2) Poids :

- de forme : _____ kg
- actuel : _____ kg
- perte de poids : _____ kg / _____ mois
- calcul pourcentage de perte : _____ %

Score MNA : _____ IMC : _____

Périmètre brachial : _____ cm

Périmètre mollet : _____ cm

3) État Bucco dentaire :

- pas édentation bon état bucco dentaire mauvais état bucco dentaire
- tartre caries soignées caries non soignées odontolyse
- édentation partielle haut édentation partielle bas
- édentation totale prothèse partielle haute prothèse partielle bas
- prothèse totale
- pas de problème avec la prothèse problème avec la prothèse
- présence de mycose

Score OHAT :

Suivi dentaire : oui non Fréquence :

4) trouble de la déglutition :

- Plainte patient : oui non
- toux présente après ingestat : oui non
- test au verre : positif négatif

5) Analyse et proposition de la diététicienne :

6) Pathologie (s) médicale (s) identifiée (s) : :

ÉVALUATION DE LA DOULEUR : Douleur: oui non

| Douleur N ° 1 | | |
|------------------------------|---|----------------------------|
| Siège | | |
| Douleur | <input type="checkbox"/> aiguë <input type="checkbox"/> chronique | |
| Type : | <input type="checkbox"/> neuropathique | Score DN4 : |
| | <input type="checkbox"/> nociceptive | Score EVN : |
| | <input type="checkbox"/> mixte | Score DN4 : Score EVN : |
| Traitement (s) utilisé (s) | - - - | |
| Impact Fonctionnel à décrire | | |

| Douleur N ° 2 | | |
|------------------------------|---|----------------------------|
| Siège | | |
| Douleur | <input type="checkbox"/> aiguë <input type="checkbox"/> chronique | |
| Type : | <input type="checkbox"/> neuropathique | Score DN4 : |
| | <input type="checkbox"/> nociceptive | Score EVN : |
| | <input type="checkbox"/> mixte | Score DN4 : Score EVN : |
| Traitement (s) utilisé (s) | - - - | |
| Impact Fonctionnel à décrire | | |

| Douleur N ° 3 | | |
|------------------------------|---|----------------------------|
| Siège | | |
| Douleur | <input type="checkbox"/> aiguë <input type="checkbox"/> chronique | |
| Type : | <input type="checkbox"/> neuropathique | Score DN4 : |
| | <input type="checkbox"/> nociceptive | Score EVN : |
| | <input type="checkbox"/> mixte | Score DN4 : Score EVN : |
| Traitement (s) utilisé (s) | - - - | |
| Impact Fonctionnel à décrire | | |

Pathologie (s) médicale (s) identifiée (s) : :

ETUDE DES FONCTIONS SUPERIEURES :

Plainte cognitive patient : oui non

trouble cognitif présent pour accompagnant : oui non

| COGNITION : | | |
|----------------------------|---|-----------------------------|
| MMS | Score | Interprétation |
| | | |
| DEPRESSION : | | |
| GDS 15 items | Score | Interprétation |
| | | |
| TROUBLES COMPORTEMENTAUX : | | |
| Les décrire | | Remettre NPIES à la famille |
| | | |
| TROUBLES DU SOMMEIL : | | |
| Analyse du sommeil | <input type="checkbox"/> sommeil satisfaisant <input type="checkbox"/> sommeil de mauvaise qualité <input type="checkbox"/> consommation d'hypnotique <input type="checkbox"/> consommation d'anxiolytique | |
| Échelle | Score | Interprétation |
| | | |

CAT :

- Bilan mémoire en HDJ : □ Bilan neuropsychologique
- Bilan orthophonique

- TDM cérébral

- IRM cérébrale

- IRM cérébrale fonctionnelle

- TEP FDG en ville en l' absence de contre indication

- TEP DOPA en ville en l' absence de contre indication

(ne pas oublier de préciser les RDV dans le courrier de synthèse)

EVALUATION DES DEFICIENCES NEUROSE NSORIELLES:

1) La vision :

- pas de port de correction optique
- port de correction pour la vision de près
- port de correction pour la vision de loin
- la lumière vous gêne : oui non
- l'obscurité vous gêne : oui non
- suivi ophtalmologique : oui non
- date de la dernière consultation :
- échelle d' Amsler :

2) L'audition :

- absence de trouble
- appareil auditif : oui non
- HHIES :

Pathologie (s) médicale (s) identifiée (s) : :

PLAN DE SOIN :

- Consultation ophtalmologique à prévoir : oui non
- Consultation ORL à prévoir : oui non

(prendre les RDV)

ÉVALUATION DES COMORBIDITÉS. (en fonction des besoins)

| A faire | Outils | Résultats |
|---------|----------------------------|-----------|
| | Score de LEE | |
| | Index de Charlson | |
| | CIRS- G | |
| | Classification de Balducci | |

EXAMEN CLINIQUE :

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

Sensibilité superficielle: Pic/ touche

droite : normale hypo esthésie anesthésie : territoire:

gauche : normale hypo esthésie anesthésie : territoire:

Sensibilité profonde : Diapason

droite : normale abolie territoire:

gauche : normale abolie territoire:

ROT:

| | Normaux | | Abolis | | diminués | | Polycinétique | | Diffus | | Vif | |
|---------------------|---------|---|--------|---|----------|---|---------------|---|--------|---|-----|---|
| | D | G | D | G | D | G | D | G | D | G | D | G |
| ROTULIEN | | | | | | | | | | | | |
| ACHILEEN | | | | | | | | | | | | |
| BICIPITAUX | | | | | | | | | | | | |
| STYLO RADIAL | | | | | | | | | | | | |
| CUBITO PRONATEUR | | | | | | | | | | | | |

Tonus musculaire :

- membre supérieur : Hypotonie : oui non

Hypertonie pyramidale: oui non

Hypertonie extra pyramidale : oui non

- membre inférieur : Hypotonie : oui non

Hypertonie pyramidale : oui non

Hypertonie extra pyramidale : oui non

TESTING : Normal N ; Parésie P

MEMBRE DOMINANT :

 H Grand fessier : (extenseur hanche)

 H Psoas : (fléchisseur hanche)

 H moyen fessier : (abducteur) :

 H Adducteur :

 H quadriceps : (extenseur de la jambe / cuisse)

 H ischio jambier:(fléchisseur de la jambe sur la cuisse)

 H flexion dorsale du pied : (jambier ant)

 H abducteur du pied : (péroniers latéraux)

 H Force de préhension : Dte : Gche :

SYNDROME CEREBELLEUX :

Statique :

Cinétique :

MOUVEMENTS INVOLONTAIRES :

AMIMIE : oui non

| |
|---|
| EXAMEN CARDIOVASCULAIRE : |
| |
| EXAMEN PULMONAIRE : |
| |
| EXAMEN DIGESTIF : |
| |
| EXAMEN PODOLOGIQUE : |
| |
| EXAMEN BIOLOGIQUE |
| <ul style="list-style-type: none">- HB :- U / C :- Alb / Pré alb :- CRP :- ferritine :- lymphopénie :- cholestérol :- vitamine D :- TSH : |

CONCLUSION :

Syndrome gériatrique identifié :

- démence dépression douleur dénutrition
- chute / équilibre /marche rétraction incontinence
- polymédication problème social

Bilans à programmer :

- Consultation ophtalmologique
- Consultation ORL
- hôpital de jour chute
- hôpital de jour mémoire
- Consultation plaies chroniques
- consultation d'oncogériatrie

détailler le plan de soins et les objectifs de la prise en charge

EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE

PROJET EPAFRA

1. Informations générales du patient :

| | |
|--------------------------|--|
| Nom, Prénom du patient : | |
| Sexe : | |
| Date de naissance : | |
| Lieu de naissance : | |

2. Contexte social et environnemental :

| | |
|--|--|
| Aidant naturel principal : | |
| Santé de l'aidant principal : | |
| Nombre d'enfants : | |
| Lieu de vie : | |
| Solitude au domicile ? | |
| Activités / occupations : | |
| Présence d'aides professionnelles au domicile : | |
| Ressources financières / APA : | |
| Niveau éducatif et profession exercée : | |
| Protection juridique : | |
| Protection Sociale : - numéro de sécurité sociale : - mutuelle : | |

3. Environnement médical :

| | |
|------------------------------|--|
| Médecin traitant : | |
| Médecins spécialistes : | |
| Infirmière libérale : | |
| Hospitalisation à Domicile : | |
| SSIAD : | |
| Kinésithérapeute : | |
| Autre : | |

4. Renseignements médicaux :

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Antécédents médicaux : | Antécédents chirurgicaux : |
| Antécédents familiaux : | Intoxication alcool-tabagique : |

| | |
|-------------|----------------|
| Allergies : | Vaccinations : |
|-------------|----------------|

| |
|--------------------------|
| Traitements à domicile : |
|--------------------------|

Score de comorbidité CHARLSON :

| Détermination des pathologies concomitantes : | Oui |
|---|-----|
| Infarctus du myocarde | 1 |
| Insuffisance cardiaque congestive | 1 |
| Maladie vasculaire périphérique | 1 |
| Maladie cérébro-vasculaire (AVC avec ou sans séquelles, AIT, sans hémiplégie) | 1 |
| Démence | 1 |
| Maladie pulmonaire chronique | 1 |
| Maladie de système | 1 |
| Maladie ulcéreuse | 1 |
| Hépatopathie d'importance faible (sans hypertension portale) | 1 |
| Diabète non compliqué | 1 |
| Hémiplégie | 2 |
| Insuffisance rénale modérée à sévère | 2 |
| Diabète avec atteinte organe cible | 2 |
| Tumeurs | 2 |
| Leucémie | 2 |
| Lymphome, Myélome | 2 |
| Hépatopathie moyenne à sévère | 3 |
| Métastases | 6 |
| SIDA | 6 |
| SCORE TOTAL : / 37 | |

| Score | Mortalité à 1 an |
|-------|------------------|
| 0 | 12% |
| 1-2 | 26% |
| 3-4 | 52 % |
| ≥ 5 | 85 % |

5. Evaluation de l'autonomie :

c) Score ADL :

| | |
|---|----------------------------|
| <p>Hygiène corporelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonome - aide - dépendant(e) | <p>1</p> <p>½</p> <p>0</p> |
| <p>Habillage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonome pour le choix des vêtements et l'habillage - autonome pour le choix des vêtements, l'habillage mais nécessite une aide pour se chausser - dépendant(e) | <p>1</p> <p>½</p> <p>0</p> |
| <p>Aller aux toilettes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite - doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller - ne peut aller aux toilettes seul(e) | <p>1</p> <p>½</p> <p>0</p> |
| <p>Locomotion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - autonome - a besoin d'aide - grabataire | <p>1</p> <p>½</p> <p>0</p> |
| <p>Continence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - continent - incontinence occasionnelle - incontinent(e) | <p>1</p> <p>½</p> <p>0</p> |

| | |
|--|---|
| Repas : | |
| - mange seul(e) | 1 |
| - aide pour couper la viande ou peler les fruits | ½ |
| - dépendant(e) | 0 |
| Score total : | |

d) score IADL : SCORE TOTAL /8

Capacité à ...

13. Utiliser le téléphone :

| | |
|---|---|
| de sa propre initiative, cherche et compose les numéros | 1 |
| compose un petit nombre de numéros bien connus | 1 |
| répond au téléphone mais n'appelle pas | 1 |
| incapable d'utiliser le téléphone | 0 |

14. Faire les courses :

| | |
|---|---|
| fait les courses de façon indépendante | 1 |
| fait seulement les petits achats tout seul | 0 |
| a besoin d'être accompagné quelque soit la course | 0 |
| totalement incapable de faire les courses | 0 |

15. Préparer les repas :

| | |
|--|---|
| Prévois, prépare et sert les repas de façon indépendante | 1 |
| Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients | 0 |
| Est capable de réchauffer les petits plats préparés | 0 |
| A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas | 0 |

16. Entretien le domicile :

| | |
|--|---|
| Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux | 1 |
| Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens | 1 |
| Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant | 1 |
| A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien au domicile | 1 |
| Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile | 0 |

17. Faire la lessive :

| | |
|--|---|
| Fait toute sa lessive ou la porte lui-même au pressing | 1 |
| Lave les petites affaires | 1 |
| Toute la lessive doit être faite par d'autres | 0 |

18. Utiliser les moyens de transports :

| | |
|--|---|
| Peut voyager seul et de façon indépendante | 1 |
| Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus | 1 |
| Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné | 1 |
| Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement | 0 |
| Ne se déplace pas du tout | 0 |

19. Prendre les médicaments :

| | |
|--|---|
| S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire) | 1 |
| Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance | 0 |
| Incapable de les prendre de lui-même | 0 |

20. Gérer son budget :

| | |
|---|---|
| Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures ...) | 1 |
| Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme | 1 |
| Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour | 0 |

6. Evaluation de la nutrition : Mini Nutritional Assessment

| | | |
|---|--|---|
| <p>Dépistage</p> <p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p> <p>C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/></p> <p>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non <input type="checkbox"/></p> <p>E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/></p> <p>F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p> | | <p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consomme-t-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p> <p>M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/></p> <p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/></p> <p>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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Appréciation de l'état nutritionnel</p> <p>de 24 à 30 points <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/> risque de malnutrition moins de 17 points <input type="checkbox"/> mauvais état nutritionnel</p> |
| <p>Evaluation globale</p> <p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non <input type="checkbox"/></p> <p>H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com</p> | | |

| | |
|-------------------|--|
| Poids de forme : | |
| Poids actuel : | |
| Albuminémie : | |
| Pré-albuminémie : | |

7. Evaluation des fonctions supérieures :

d) Evaluation cognitive : Mini Mental State Examination :

SCORE TOTAL : / 30

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="checkbox"/> |

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

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ? | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

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

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

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

e) Evaluation thymique : Geriatric Dépression Scale

Un point est attribué pour chaque réponse marquée d'un astérisque.

| | | |
|---|------|------|
| 1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie? | Oui | Non* |
| 2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités? | Oui* | Non |
| 3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide? | Oui* | Non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent? | Oui* | Non |
| 5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme? | Oui | Non* |
| 6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse? | Oui* | Non |
| 7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps? | Oui | Non* |
| 8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir? | Oui* | Non |
| 9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps | Oui | Non* |
| 10. Avez-vous souvent besoin d'aide? | Oui* | Non |
| 11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place? | Oui* | Non |
| 12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir | Oui* | Non |
| 13. L'avenir vous inquiète-t-il? | Oui* | Non |
| 14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens? | Oui* | Non |
| 15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? | Oui | Non* |
| 16. Avez-vous souvent le cafard? | Oui* | Non |
| 17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile? | Oui* | Non |
| 18. Ressassez-vous beaucoup le passé? | Oui* | Non |
| 19. Trouvez-vous que la vie est passionnante? | Oui | Non* |
| 20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets? | Oui* | Non |
| 21. Avez-vous beaucoup d'énergie? | Oui | Non* |
| 22. Désespérez-vous de votre situation présente? | Oui* | Non |
| 23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre | Oui* | Non |
| 24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails? | Oui* | Non |
| 25. Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer? | Oui* | Non |
| 26. Avez-vous du mal à vous concentrer? | Oui* | Non |
| 27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin? | Oui | Non* |
| 28. Refusez-vous souvent les activités proposées? | Oui* | Non |
| 29. Vous est-il facile de prendre des décisions? | Oui | Non* |
| 30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois? | Oui | Non* |

SCORE TOTAL : / 30

f) Troubles du sommeil :

Trouvez- vous votre sommeil satisfaisant ?

8. Evaluation du risque de chute :

c) Marche :

| | |
|---|--|
| Nombre de chute au cours de l'année écoulée | |
| Test hypotension orthostatique | |

En cas de chute, critères de gravité des chutes à rechercher :

| | oui | non |
|---|-----|-----|
| Fracture | | |
| Luxation | | |
| Hématome intracrânien ou périphérique volumineux | | |
| Traumatisme facial | | |
| Lésion cutanée de grande taille et/ou dépassant l'hypoderme | | |
| Durée de la station au sol > 1 heure | | |
| Elévation des CPK | | |
| Anomalie de la température corporelle | | |
| Escarre | | |
| Pneumopathie d'inhalation | | |
| Deshydratation | | |
| Syndrome post chute : - hypertonie oppositionnelle ou extrapyramidale, - rétropulsion, - phobie de la station debout | | |
| Affections responsables de la chute : - cardiovasculaire : - neurologique : - infectieuse : - métabolique : | | |

Classification d'Alexander et Goldberg : Cocher le niveau de trouble de la marche

□ Niveau 1 « faible » :

- marche ataxique sensitive (atteinte du système vestibulaire, des voies de la sensibilité profonde et des nerfs périphériques) : démarche instable, talonnante.
- marche douloureuse due à l'arthrose : boiterie, esquivé du pas
- marche déficitaire périphérique due à une myopathie ou à une neuropathie : démarche dandinante, claudication radiculaire du canal lombaire étroit, steppage unilatéral ou bilatéral (polyneuropathie).

□ Niveau 2 « modéré » :

- marche de l'hémiplégique et de l'hémi-parétique : spasticité et fauchage du membre inférieur ; il y a frottement du bord externe et de la pointe du pied contre le sol. Le membre inférieur décrit un arc de cercle à convexité interne.
- marche du paraplégique et du paraparétique : l'hypertonie pyramidale fixe en extension les membres inférieurs qui sont posés alternativement en avant par une inclinaison de rotation du tronc du côté opposé (Démarche de gallinacé); parfois l'adduction des cuisses entraîne à chaque pas un croisement des membres inférieurs (Démarche en ciseaux).
- Marche parkinsonienne : démarche à petit pas trainants avec rétroimpulsion, sans élargissement du polygone de sustentation, sans ballant des bras, retard à l'initiation, demi tour décomposé, blocages et piétinement sur place.
- Marche ataxique cérébelleuse : démarche ébrieuse, faite d'embardees ; station debout avec oscillations et élargissement du polygone de sustentation

□ Niveau 3 « élevé » :

- Marche sénile : peur de tomber, démarche précautionneuse, lente, petits pas trainants, ballant des bras diminué, tronc en flexion et légère augmentation du polygone de sustentation.
- Marche frontale : difficulté à initier le mouvement, petits pas trainants, polygone de sustentation élargi. Les membres inférieurs s'entrecroisent avec piétinement sur place.

- Autres types de marche :
 - marche non étiquetée
 - marche normale
 - marche impossible

d) équilibre :

Time up and go test :

| | Fait : 1 | Ne fait pas : 0 | Non réalisable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Inviter la personne à : | ↓ | ↓ | ↓ |
| • Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Traverser la pièce - distance de 3 mètres : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Faire demi-tour : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Revenir s'asseoir : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Temps nécessaire : _____ secondes. | | | |
| • Score : _____ / 4 | | | |

Temps nécessaire < 14 secondes : normal

Temps nécessaire entre 20 et 30 secondes : limitation légère de la mobilité

Temps nécessaire > 30 secondes : limitation importante de la mobilité

Risque de chute si score ≤ 1

Appui monopodal :

Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.

| | Oui | Non | Non réalisable |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Pied droit : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pied gauche : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haut risque de chute si Temps < 5secondes

21. Organes des sens :

c) Audition :

Score HHIES :

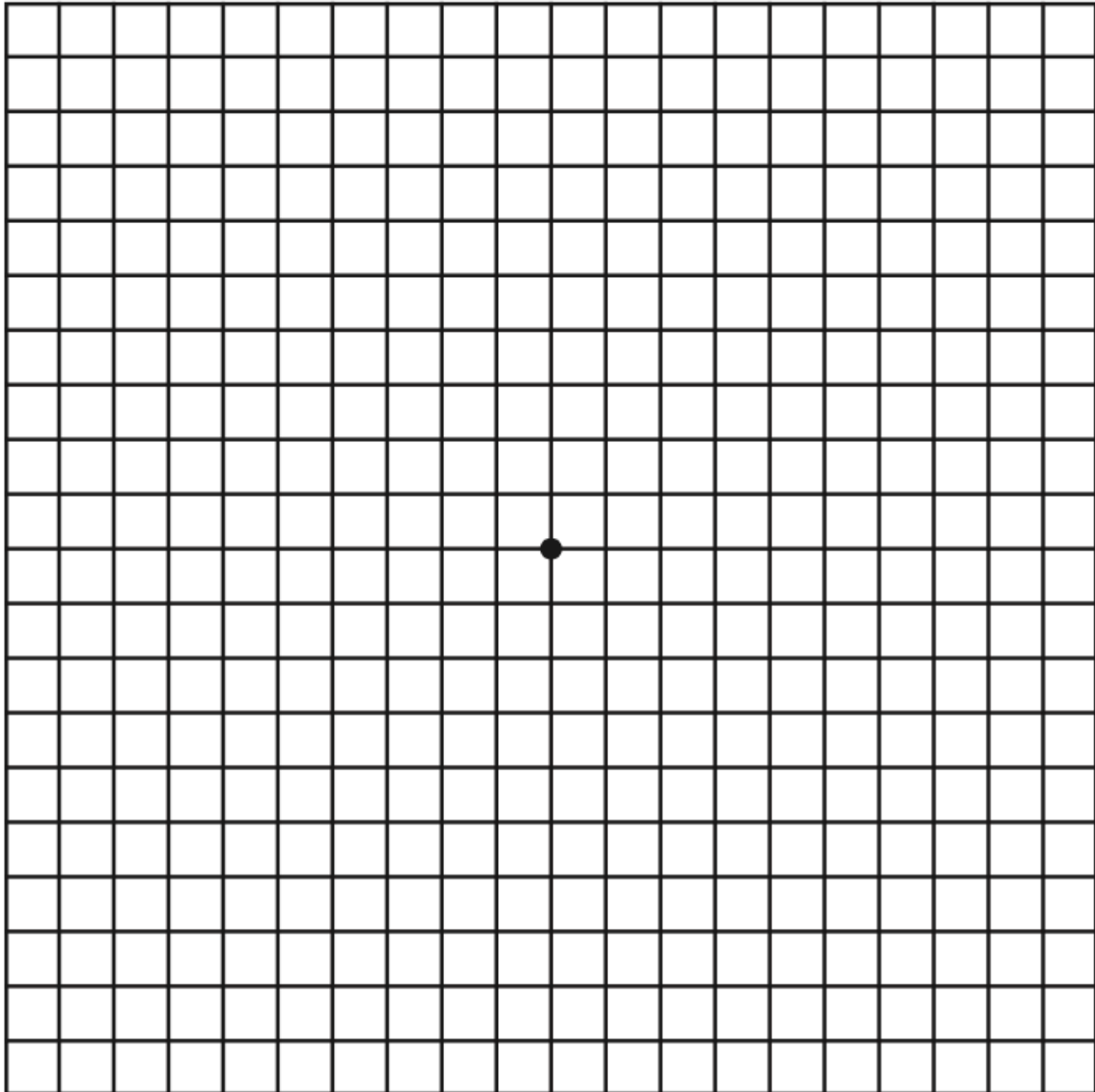
| | Item | Oui 4 pts | Parfois 2 pts | Non 0 pts |
|----------|--|--------------|------------------|--------------|
| E | Est ce qu'un problème d'audition vous fait vous sentir embarrassé lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ? | | | |
| E | Est ce qu'un problème d'audition vous fait vous sentir frustré quand vous parlez à des membres de votre famille ? | | | |
| S | Avez vous des difficultés à entendre quelqu'un parler à voix basse ? | | | |
| E | Vous sentez-vous handicapé par un problème d'audition ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous cause t'il des difficultés lorsque vous rendez visite à des amis, des parents ou des voisins ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous empêche t'il d'assister à des services religieux aussi souvent que vous le souhaitez ? | | | |
| E | Un problème d'audition vous amène t'il à vous disputer avec des membres de votre famille ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous cause t'il des difficultés lors de l'écoute de la télévision ou de la radio ? | | | |
| E | Pensez vous que toute difficulté de votre audition vous limite ou entrave votre vie personnelle ou sociale ? | | | |
| S | Un problème d'audition vous cause t'il des difficultés lorsque vous êtes dans un restaurant avec de la famille ou des amis ? | | | |

E = Emotional ; S = social

SCORE TOTAL : / 40

d) Vision :

Echelle d'AMSLER :



Résultats : *Cocher le résultat obtenu*

- le patient a vu des zones vides, déformées ou floues, ou des lignes déformées
- le patient a vu des carrés de dimensions différentes ou manquants
- le patient a été dans l'incapacité de voir les 4 coins de la grille

Echelle MONOYER : Acuité visuelle de loin

| | |
|---------------------------|-------|
| M R T V F U E N C X O Z D | 10/10 |
| D L V A T B K U E R S N | 9/10 |
| R C Y H O F M E S P A | 8/10 |
| E X A T Z H D W N | 7/10 |
| Y O E L K S F D I | 6/10 |
| O X P H B Z D | 5/10 |
| N L T A V R | 4/10 |
| O H S U E | 3/10 |
| M C F | 2/10 |
| Z U | 1/10 |

Résultats :

Echelle PARINAUD : Acuité visuelle de près

TEST OPTOMÉTRIQUE d'après PARINAUD
Distance de lecture : 33 centimètres

14

Mon dessein n'est pas d'enseigner

10

ici la méthode que chacun doit suivre pour bien conduire sa raison, mais

8

seulement de faire savoir en quelle sorte j'ai tâché de conduire la mienne. Ceux qui se mêlent de donner des préceptes se doivent

6

estimer plus habiles que ceux auxquels ils les donnent, et s'ils manquent à la moindre chose, ils en sont blâmables. Mais ne proposant cet écrit que comme une histoire, ou, si vous l'aimez mieux, que comme une

5

fable en laquelle parmi quelques exemples qu'on peut imiter, on en trouvera peut-être aussi plusieurs autres qu'on aura raison de ne pas suivre, j'espère qu'il sera utile à quelques-uns, sans être nuisible à personne et que tous me sauront gré de ma franchise. J'ai été nourri aux lettres dès mon enfance, et, pour ce qu'on me persuadait que par leur moyen

TEST OPTOMÉTRIQUE d'après PARINAUD
Distance de lecture : 33 centimètres

4

on pouvait acquérir une connaissance claire et assurée de tout ce qui est utile à la vie, j'avais un extrême désir de les apprendre. Mais, sitôt que j'eus achevé tout ce cours d'études autour duquel on a coutume d'être reçu au rang des doctes, je changeai entièrement d'opinion, car je me trouvais embarrassé de tant de doutes et d'erreurs qu'il me semblait n'avoir fait aucun profit, en tâchant de m'instruire, sinon que j'avais

3

déouvert de plus en plus mon ignorance. Et néanmoins j'étais en l'un des plus célèbres collèges de l'Europe, où je pensais qu'il devait y avoir de sages hommes, s'ils y en avait en aucun endroit de la terre. J'y avais appris tout ce que les autres y apprenaient, et même, ne m'étant pas contenté des sciences qu'on nous enseignait, j'avais parcouru tous les livres traitant de celles qu'on estime les plus curieuses et les plus rares qui avaient pu tomber entre mes mains. Avec cela je savais les jugements que les autres faisaient de moi, et je ne voyais point qu'un m'estimât inférieur

2

à mes condisciples, bien qu'il y en eût entre eux déjà quelques-uns qu'on destinait à remplir les places de nos rois; qui s'élevaient au-dessus de moi, et dont l'élévation et le succès m'étaient connus. Ce qui me faisait prendre la liberté de juger par moi-même de tous les autres, et de penser qu'il n'y avait rien de si difficile dans le monde qu'il m'était de me faire espérer. Je ne laissais pas toutefois d'observer les actions et les discours des autres, et de me faire une idée de leur esprit, et de leur jugement par l'observation des livres anciens; que la généralité des hommes regardait comme

1,5

les plus sages et les plus habiles, et dont on se servait pour en juger de la sagesse et de la bonté de son esprit. Je me suis donc donné la peine de lire tous ces livres, et de me faire une idée de leur esprit, et de leur jugement par l'observation des livres anciens; que la généralité des hommes regardait comme les plus sages et les plus habiles, et dont on se servait pour en juger de la sagesse et de la bonté de son esprit.

DESCARTES. — DISCOURS DE LA MÉTHODE

INDICATEUR CHAIX

| 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1722 | 1723 | 1724 | 1725 | 1726 | 1727 | 1728 | 1729 | 1730 | 1731 | 1732 | 1733 | 1734 | 1735 | 1736 | 1737 | 1738 | 1739 | 1740 | 1741 | 1742 | 1743 | 1744 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 |
| 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 |
| 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 |
| 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 |
| 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 |
| 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 |

LUNEAU & COFFIGNON, 3, RUE D'ÉDIMBOURG, PARIS VIII^e

Résultats :

22. Evaluation des douleurs :

Type de douleur :

Localisation :

Echelle numérique : / 10

En cas de doute sur une douleur neuropathique, faire le DN4 :

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

| | Oui | Non |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Brûlure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Décharges électriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

| | Oui | Non |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Fourmillements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Picotements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Engourdissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Démangeaisons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

| | Oui | Non |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Hypoesthésie au tact | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hypoesthésie à la piqure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

| | Oui | Non |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Le frottement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui =1 point Non = 0 point

SCORE TOTAL : /10

23. Biologie :

| | |
|--|--|
| Hémoglobine (g/dl): | |
| Albuminémie (g/l): | |
| Pré-albuminémie (mg/L): | |
| Créatininémie (mg/L) et clairance MDRD : | |
| CRP (mg/L): | |
| Vitamine D (ng/ml) : | |

24. Synthèse :

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Dénutrition | | |
| Troubles de la déglutition | | |
| Chutes répétées > 2/an | | |
| Troubles de l'équilibre et de la marche | | |
| Troubles de la mémoire ou démence | | |
| Confusion mentale | | |
| Dépression | | |
| Perte d'autonomie | | |
| Escarre | | |
| Incontinence | | |
| Troubles visuels | | |
| Troubles auditifs | | |
| Troubles du sommeil | | |
| polymédication | | |
| Problème social | | |

AUTEUR : Nom : DUFLOT

Prénom : Marie

Date de Soutenance : 16 Mars 2017

Titre de la Thèse : « Vers une évaluation gériatrique enfin standardisée »

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Diplôme d'Etudes Spécialisées Médecine Générale / DESC Gériatrie

Mots-clés : Gériatrie, fragilité, évaluation gériatrique standardisée

Contexte : Le repérage de la fragilité des personnes âgées est un enjeu de santé publique afin d'éviter l'évolution vers la dépendance. L'étude EPAFRA aura pour objectif d'établir deux grilles de dépistage de la fragilité comme représentatives des possibilités de dépistage de celle-ci en soins primaires ; ce sont celle du Gérontopôle de Toulouse (GFST) et l'échelle d'Edmonton traduite en français. Il était nécessaire de les confronter à la seule référence admise actuellement pour le repérage de la fragilité, l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Il n'en est pas reconnu actuellement de déroulement unique au niveau national et international. Il fallait donc établir pour EPAFRA une évaluation gériatrique standardisée type.

Méthode : une mise en commun des données des consultations des cinq centres hospitaliers partenaires du projet a été réalisée, permettant d'établir une ébauche d'EGS. Cette dernière a ensuite été soumise à l'arbitrage du Professeur Puisieux, expert gériatre, au cours d'un entretien. Une EGS de référence en a été déduite.

Résultat : Ce travail aboutit au choix d'une évaluation gériatrique standardisée, contenant un ensemble d'échelles validées dans la littérature.

Conclusion : Grâce à ce travail et la mise en commun des données des consultations des cinq centres, il est proposé un gold standard d'EGS. Ce dernier sera appliqué au cours d'une consultation en hôpital de jour. Les résultats de cette évaluation seront comparés au repérage réalisé au préalable en médecine ambulatoire par le GFST et l'échelle d'EDMONTON afin d'estimer la sensibilité et la spécificité de ces deux échelles.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Eric BOULANGER
Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE
Madame le Docteur Céline DELECLUSE**