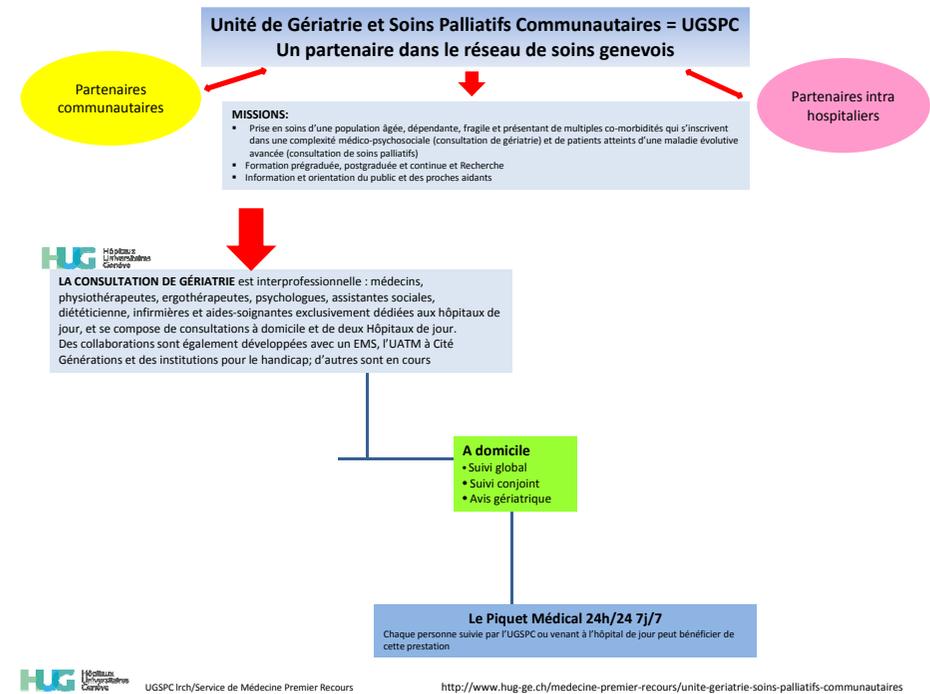
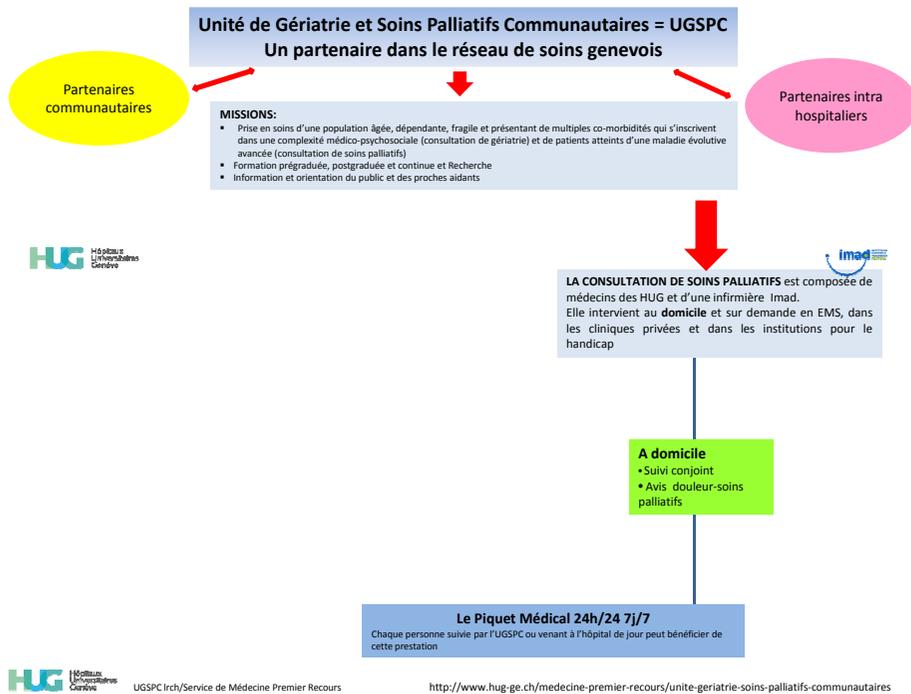
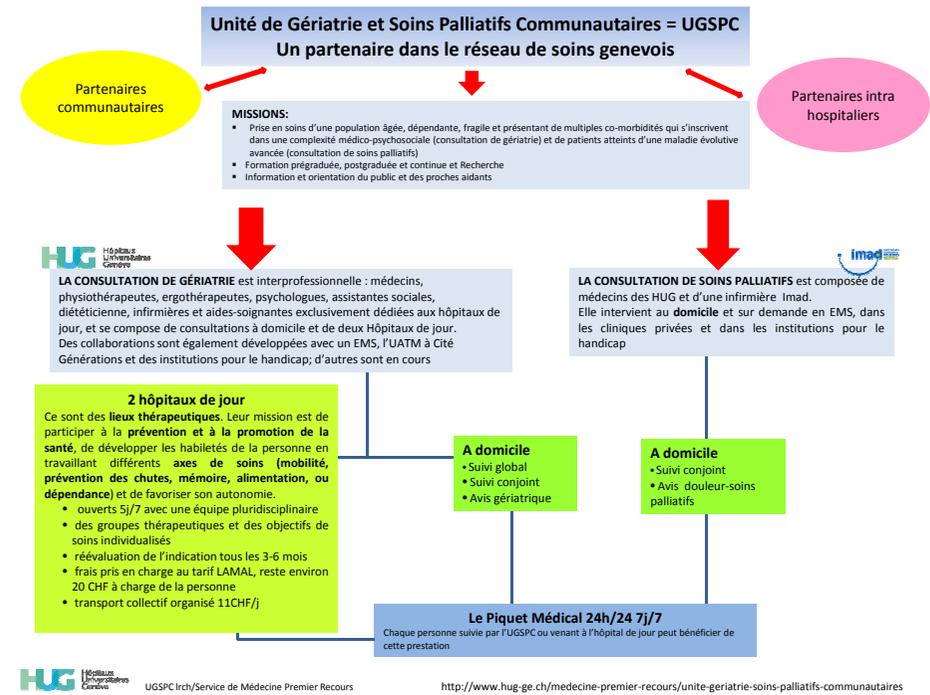


# Quiz de Gériatrie

Sophie Pautex, Victor Pecoul, Sarah Fiorentini  
Et les autres collègues...  
Unité de gériatrie et de soins palliatifs communautaires



## Unité de Gériatrie et Soins Palliatifs Communautaires = UGSPC Un partenaire dans le réseau de soins genevois

Partenaires communautaires

MISSIONS:

- Prise en soins d'une population âgée, dépendante, fragile et présentant de multiples co-morbidités qui s'inscrivent dans une complexité médico-psychosociale (consultation de gériatrie) et de patients atteints d'une maladie évolutive avancée (consultation de soins palliatifs)
- Formation prégraduée, postgraduée et continue et Recherche
- Information et orientation du public et des proches aidants

Partenaires intra hospitaliers

HUG Hôpitaux Universitaires Genève

LA CONSULTATION DE GÉRIATRIE est interprofessionnelle : médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, diététicienne, infirmières et aides-soignantes exclusivement dédiées aux hôpitaux de jour, et se compose de consultations à domicile et de deux Hôpitaux de jour. Des collaborations sont également développées avec un EMS, l'UATM à Cité Générations et des institutions pour le handicap; d'autres sont en cours

### 2 hôpitaux de jour

Ce sont des lieux thérapeutiques. Leur mission est de participer à la **prévention** et à la **promotion de la santé**, de développer les habiletés de la personne en travaillant différents axes de soins (**mobilité, prévention des chutes, mémoire, alimentation, ou dépendance**) et de favoriser son autonomie.

- ouverts 5j/7 avec une équipe pluridisciplinaire
- des groupes thérapeutiques et des objectifs de soins individualisés
- réévaluation de l'indication tous les 3-6 mois
- frais pris en charge au tarif LAMAL, reste environ 20 CHF à charge de la personne
- transport collectif organisé 11CHF/j

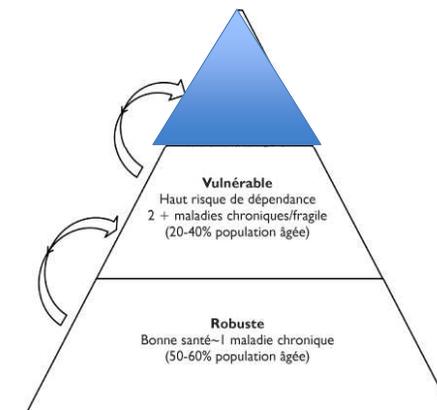
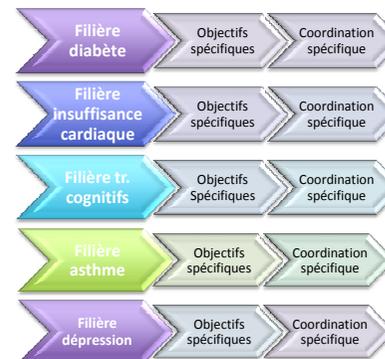


HUG Hôpitaux Universitaires Genève

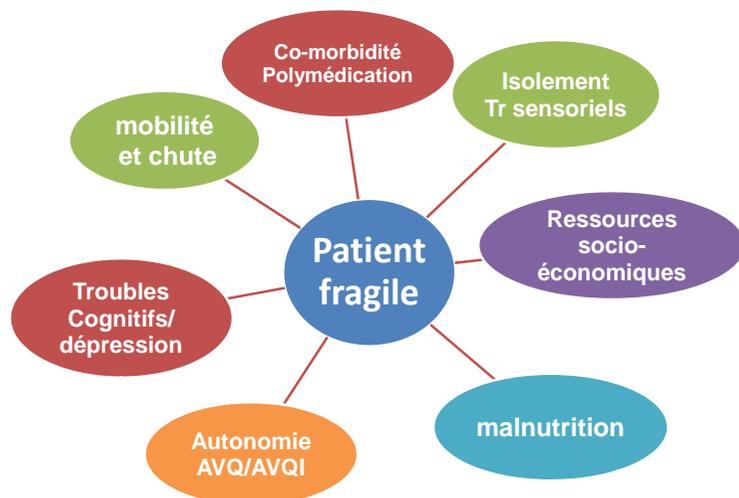
UGSPC Irch/Service de Médecine Premier Recours

<http://www.hug-ge.ch/medecine-premier-recours/unite-geriatrie-soins-palliatifs-communautaires>

## PRISE EN CHARGE COORDONNEE



## Devant un déclin fonctionnel chez la personne âgée fragile:



## FMH de médecine interne générale

### Cursus en gériatrie

#### Objectif de la formation

Le futur spécialiste en médecine interne générale doit acquérir dans le domaine de la gériatrie les aptitudes qui lui permettront d'exercer la médecine de famille de manière compétente et responsable.

#### Contenu de la formation

Connaître les particularités de la médecine gériatrique dans les domaines suivants:

- Facteurs de l'âge exerçant une influence sur la santé, la maladie, le psychisme et l'environnement
- Polymorbidité et ses conséquences
- Traitement et réadaptation de patients âgés souffrant de maladies chroniques
- Symptômes atypiques à un âge avancé
- Concepts de la médecine palliative gériatrique
- Accompagnement de personnes en fin de vie

---

## CHUTES

---



---

## Chute et personnes âgées

---

- X % des sujets de > 65 ans en population générale: au moins une chute/an.
- X % des chutes s'accompagnent de fractures
- X % d'autres traumatismes nécessitant des soins médicaux.

---

## Chute et personnes âgées

---

- 33% des sujets de > 65 ans en population générale: au moins une chute/an.
- 5% des chutes s'accompagnent de fractures
- 5 à 10% d'autres traumatismes nécessitant des soins médicaux.
- Même en l'absence de blessure grave, la chute peut avoir des conséquences psychologiques importantes entraînant un déclin accéléré des capacités fonctionnelles

---

## Facteurs de risque de chutes (10)

---

- ✓ **intrinsèques :**
- ✓ **extrinsèques :**
- ✓ **situationnels:**

## Facteurs de risque de chutes (10)

### intrinsèques

- polymorbidités (maladie cardio-vasculaire, hypotension, diabète, incontinence)
- maladie neurologique (Parkinson, AVC, troubles cognitifs)
- diminution sensorielle (vision, audition)
- troubles de l'équilibre (diminution proprioception, temps de réaction)
- pathologie musculo-squelettique (sarcopénie, arthrose)

### extrinsèques

- médicaments
- environnement
- chaussures
- moyens auxiliaires

### situationnels

- neige, glace, escabeau...

## Examen clinique chutes

Test de la chaise	se lever d'une chaise sans l'aide des membres supérieurs
Troubles de l'équilibre	observation
Marche ralentie	> 5 secondes pour 4 mètres
Double tâche	par exemple : marcher et compter rebours
Hypotension orthostatique	test de Schellong
Force musculaire	mobilité générale (y compris de la nuque)
Examen neurologique	troubles cognitifs, atteinte cérébelleuse, extrapyramidale, force, sensibilité, trouble visuel, auditif
Station unipodale	tenir sur un pied (celui de son choix) le plus longtemps possible sans bouger : pathologique si < 5 sec
Time up and go test	se lever d'une chaise, marcher 3 mètres, faire demi-tour et se rasseoir - < 10 sec : normal. - > 20 sec : diminution pertinente de la mobilité sur le plan fonctionnel > 30 sec : diminution importante de la mobilité



## Améliorer la mobilité, prévenir les chutes

- Physiothérapie: renforcement musculaire et travail de l'équilibre descente/relever du sol
- Taï chi: diminution des chutes de 40%  
Wolf SL et al, *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:1693–1701.
- Supplémentation en calcium et vitamine D,  
Bishoff-Ferrari H. et al, *BMJ.* 2009 Oct 1;339:b3692. doi: 10.1136/bmj.b3692
- Réduction nombre et dose de psychotropes, anticholinergiques,  
Deandrea S, et al, *Epidemiology.* 2010 Sep;21(5):658-68.
- Chirurgie de la cataracte Lord SR, *Age Ageing.* 2006 Sep;35
- Evaluation et aménagement du domicile par ergothérapeute  
Kannus P et al. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet* 2005;366:1885-93

## Polymédication





### Tableau 1. Quelques conseils pour une prescription sage

#### Documenter le traitement et tout changement

- Obtenir la liste complète, faire amener les médicaments utilisés, y compris sans ordonnance (!)
- Déterminer un diagnostic précis (si possible !) justifiant chaque prescription

#### Réévaluer périodiquement le traitement

- Pathologie toujours présente ?
- Indication toujours présente ?
- Pathologie nouvelle contre-indiquant le traitement ?
- Rapport bénéfice/risque toujours favorable ?
- Oser interrompre un traitement en cas de doute !

#### Utiliser des traitements non pharmacologiques, ... si possible

- Eviter les médicaments qui peuvent interférer avec mobilité, cognition, continence, alimentation et appétit

#### Informier le patient sur les buts et objectifs du traitement

- Définir un objectif thérapeutique précis (concret, mesurable !)
- Prévoir la durée du traitement

#### Débuter à faible dose et augmenter lentement

#### Estimer la fonction rénale et adapter les doses

#### Surveiller l'observance et la survenue d'effets indésirables

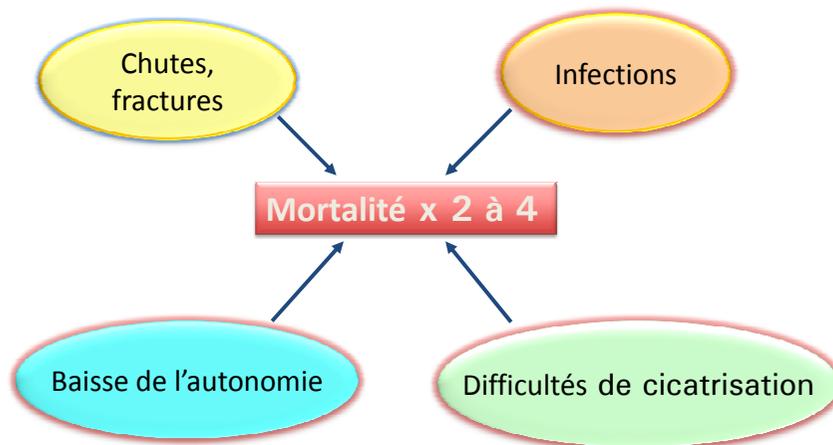
- Schéma simple
- Prise quotidienne/hebdomadaire/mensuelle (annuelle !) à préférer si disponible
- Prévoir semainier, aide des proches
- Ne pas traiter un effet indésirable d'un autre médicament

Monod S. Rochat G. Gold  
C. Büla  
Revue Médicale Suisse N°  
185. 07/01/2009

# Malnutrition



## Conséquences



## Facteurs de risque de malnutrition (10)

- ✓ intrinsèques :
- ✓ extrinsèques :
- ✓ situationnels :

# Facteurs favorisant malnutrition

Facteurs extrinsèques	Facteurs situationnels	Facteurs intrinsèques
Effets secondaires des médicaments, polymédication	Problèmes financiers	Troubles psychiatriques : Dépression, autres (psychoses, anxiété, etc.)
Alcool, tabac	Incapacité à faire les courses, cuisiner, se nourrir seul	Troubles neurologiques : Troubles cognitifs, syndrome parkinsonien, état confusionnel aigu
Régime (sans sel, "diabétique", etc.)	Isolement social, deuil	Autres problèmes médicaux : cardiaque, respiratoire, digestif et dentaire, métabolique, oncologique, infectieux
Alimentation inadéquate (consistance, goût)	Culturel (alimentation fournie non adaptée à la culture)	Troubles sensoriels : Dysosmie, dysgueusie, troubles visuels
Prothèses dentaires inadaptées	Hospitalisation, institutionnalisation	Pathologies aiguës : Fractures, chirurgie, AVC, etc.
		Trb. bucco-dentaires : Édentation, trouble de mastication, sécheresse, candidose, etc.
		Douleurs
		Dépendance fonctionnelle : Diminution de la mobilité, séquelles AVC, etc.

# Attention aux médicaments

- Anorexie**
- Neuroleptiques, ISRS, benzodiazépines, anticonvulsifs, amantadine, opiacés, antibiotiques et metronidazole, digoxine, amiodarone, spironolactone, metformine, AINS
- Dysgueusie ou dysosmie**
- Anticholinergique, antihistaminique, levodopa, phénothène, carbamazépine, tricycliques, opiacés, anticalciques, fer, chimiothérapies, antibiotiques, métronidazole, anticalciques, hydrochlorothiazide, propranolol, spironolactone, IECA, nitrés, metformine, statines
- Dysphagie**
- Anticholinergiques, antibiotiques, fer, AINS, bisphosphonates, prednisolone, potassium
- Satiété précoce**
- Anticholinergique, agents sympathomimétiques
- Sécheresse buccale**
- Anticholinergique, antihistaminique, diurétiques de l'anse
- Nausées, vomissements**
- agoniste des récepteurs dopaminergique, phénytoïne, ISRS, tricycliques, opiacés, digoxine, nitrés, théophylline, AINS, antibiotiques et metronidazole
- Constipation**
- Opiacés, diurétiques, fer, anticalcique
- Diarrhées**
- Laxatifs, antibiotiques, metformine
- Hypercatabolisme**
- Thyroxine, ephedrine

## Mini nutritional assessment

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			
<b>A</b> Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie		<b>J</b> Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
<b>B</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		<b>K</b> 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 la 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"/>
<b>C</b> Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile		<b>L</b> Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non		<b>M</b> Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>E</b> Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique		<b>N</b> Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille en kg/m <sup>2</sup> ) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		<b>O</b> Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
<b>Score de dépistage</b> (sous-total max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>P</b> 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"/>
12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation		<b>Q</b> Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation		<b>R</b> Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
<b>Evaluation globale</b>		<b>Evaluation globale</b> (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>G</b> Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>	<b>Score de dépistage</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H</b> Prend plus de 3 médicaments? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>	<b>Score total</b> (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>I</b> Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>	<b>Appréciation de l'état nutritionnel</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		de 17 à 23,5 points risque de malnutrition	<input type="checkbox"/>
		moins de 17 points mauvais état nutritionnel	<input type="checkbox"/>

Ref. Velaz B, Villaró M, Aballero G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging. 2016; 20(1): 18-26.  
Ruhoffen L, Hawker J, Salvo A, Gupte V, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Comparing the Short Mini Nutritional Assessment (S-MNA®) to the MNA®. J Geriatr. 2012; 57(4): 326-332.  
Gupte V. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2016; 20(4): 466-487.

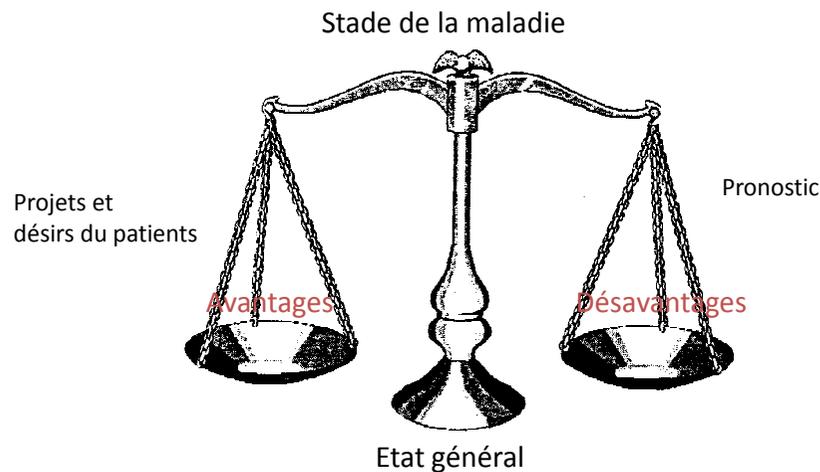
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
For more information : www.mna-elderly.com

# DEMENCE NUTRITION

Un pensionnaire d'EMS de 85 ans souffre d'une démence vasculaire sévère. Une nutrition par PEG a été instaurée il y a un an en raison de sévères troubles de la déglutition secondaires à un AVC. Récemment ce patient devient de plus en plus agité et il a retiré le tube à plusieurs reprises, malgré plusieurs tentatives de le dissimuler sous un pansement. Des changements environnementaux et une adaptation médicamenteuse n'ont pas amélioré la situation.

La prise en charge la plus appropriée est :

- Mettre des mitaines aux deux mains
- Lui attacher les poignets
- Introduire une sédation médicamenteuse
- Remplacer la PEG par une jéjunostomie
- Réévaluer l'indication de la PEG



Il est facile de perdre de vue le fait que ne pas manger peut-être une des nombreuses facettes du processus de la mort et non de sa cause.

R. Mc Cann JAMA 1999; 282:1380-1381

## DEMENCE NUTRITION

Un pensionnaire d'EMS de 85 ans souffre d'une démente vasculaire sévère. Une nutrition par PEG a été instaurée il y a un an en raison de sévères troubles de la déglutition secondaires à un AVC. Récemment ce patient devient de plus en plus agité et il a retiré le tube à plusieurs reprises, malgré plusieurs tentatives de le dissimuler sous un pansement. Des changements environnementaux et une adaptation médicamenteuse n'ont pas amélioré la situation.

La prise en charge la plus appropriée est :

- A. Mettre des mitaines aux deux mains
- B. Lui attacher les poignets
- C. Introduire une sédation médicamenteuse
- D. Remplacer la PEG par une jéjunostomie
- E. Réévaluer l'indication de la PEG

## DIRECTIVES ANTICIPEES

- Vous rendez visite à Mme D à domicile dans le cadre du suivi. Elle est connue pour un BPCO sévère pour lequel elle a été hospitalisé à 5 reprises en 2014 dans le cadre de surinfections pulmonaires.
- L'infirmière référente de imad vous demande rédiger des directives anticipées avec Mme D, afin que l'attitude soit clairement définie

# DIRECTIVES ANTICIPEES

Quelles sont les affirmations justes:

- Les DA sont une obligation pour les patients instables à domicile
- La fille de Mme D peut rédiger les DA de Mme D
- Les DA sont inscrites dans la loi sur la protection de l'adulte.
- Elles ne sont que un soutien pour nous indiquer les souhaits des patients

## Sous-chapitre II: Des directives anticipées du patient

### Art. 370

#### A. Principe

<sup>1</sup> Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

<sup>2</sup> Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.

<sup>3</sup> Elle peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où la personne désignée déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.

### Art. 371

#### B. Constitution et révocation

<sup>1</sup> Les directives anticipées sont constituées en la forme écrite; elles doivent être datées et signées par leur auteur.

<sup>2</sup> L'auteur de directives anticipées peut faire inscrire la constitution et le lieu du dépôt des directives sur sa carte d'assuré. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment en matière d'accès aux données.

<sup>3</sup> La disposition régissant la révocation du mandat pour cause d'aptitude s'applique par analogie aux directives anticipées.

### ART. 5 / 2

#### C. Survenance de l'incapacité de discernement

<sup>1</sup> Lorsqu'un médecin traite un patient incapable de discernement et qu'il ignore si celui-ci a rédigé des directives anticipées, il s'informe de leur existence en consultant la carte d'assuré du patient. Les cas d'urgence sont réservés.

<sup>2</sup> Le médecin respecte les directives anticipées du patient, sauf si elles violent des dispositions légales, ou si des doutes sérieux laissent supposer qu'elles ne sont pas l'expression de sa libre volonté ou qu'elles ne correspondent pas à sa volonté présumée dans la situation donnée.

<sup>3</sup> Le cas échéant, le médecin consigne dans le dossier médical du patient les motifs pour lesquels il n'a pas respecté les directives anticipées.

# DIRECTIVES ANTICIPEES

Quelles sont les affirmations justes:

- Les DA sont une obligation pour les patients instables à domicile
- La fille de Mme D peut rédiger les DA de Mme D
- Les DA sont inscrites dans la loi sur la protection de l'adulte.
- ➔ Elles ne sont que un soutien pour nous indiquer les souhaits des patients

# DEMENCE

Mme G, 83 ans, en bonne santé habituelle, sans facteurs de risque CV vous consulte accompagnée de sa fille, car celle-ci trouve qu'elle présente depuis quelques mois des troubles mnésiques qui s'aggravent

Vous faites un test MMSE. Le score est à 21/30.

Ceci signifie que Mme G a:

- Une démence maladie Alzheimer
- Un état confusionnel
- Un état dépressif
- Des possibles troubles cognitifs

## Démence: définition

Déclin des fonctions cognitives portant sur la mémoire et au moins une autre fonction cognitive (langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives) d'intensité suffisante pour entraîner une répercussion sur le fonctionnement dans la vie quotidienne, en l'absence de trouble de la vigilance.

DD: Délirium ou état confusionnel

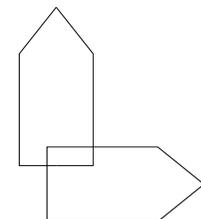
Critères diagnostiques de démence du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996)

MINI MENTAL STATE VERSION CONSENSUELLE GRECO 1998	
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.	
<b>ORIENTATION</b>	
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?	
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restantes sans réponse, dans l'ordre suivant :	
1 - En quelle année sommes-nous ?	coter 0 ou 1
2 - En quelle saison ?	[ ]
3 - En quel mois ?	[ ]
4 - Quel jour du mois ?	[ ]
5 - Quel jour de la semaine ?	[ ]
SOUS TOTAL : [ ]/5	
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.	
6 - Quel est le nom de la rue dans laquelle nous sommes ?	coter 0 ou 1
7 - Dans quelle ville se trouve-t-elle ?	[ ]
8 - Quel est le nom du canton dans lequel est située cette ville ?	[ ]
9 - Dans quelle région est situé ce canton ?	[ ]
10 - A quel étage sommes-nous ici ?	[ ]
SOUS TOTAL : [ ]/5	
<b>APPRENTISSAGE</b>	
Je vais vous dire 3 mots : je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir sur je vous les réénoncerai tout à l'heure (max. 6 répétitions)	
11 - Cigare	[ ]
12 - Fleurs	[ ]
13 - Porte	[ ]
Répétez les 3 mots :	
SOUS TOTAL : [ ]/3	
<b>ATTENTION ET CALCUL</b>	
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?	
14 - 100 - 7 = 93	[ ]
15 - 93 - 7 = 86	[ ]
16 - 86 - 7 = 79	[ ]
17 - 79 - 7 = 72	[ ]
18 - 72 - 7 = 65	[ ]
SOUS TOTAL : [ ]/5	
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :	
Voulez-vous épeler le mot "MONDE" à l'envers ? : EDNOM	
** Notez le nombre de lettres demandées dans l'ordre correct :	
Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.	
<b>RAPPEL</b>	
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	[ ]
20 - Fleurs	[ ]
21 - Porte	[ ]
SOUS TOTAL : [ ]/3	

22 -	Montrer un crayon	[ ]
23 -	Quel est le nom de cet objet ? Montrer un montre	[ ]
24 -	Quel est le nom de cet objet ?** Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***	[ ]
25 -	« PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet ; en lui disant « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » ; Prenez cette feuille de papier avec la main droite, pliez-la en deux,	[ ]
26 -	et jetez-la par terre. »****	[ ]
27 -	Tendez 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 ».	[ ]
29 -	Tendez au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière »*****	[ ]
SOUS TOTAL : [ ]/8		
<b>PRAXIES CONSTRUCTIVES</b>		
30 -	Tendez au sujet une feuille de papier et lui demander : « Voulez-vous recopier ce dessin »	[ ]
SCORE TOTAL (0 à 30)		[ ]/30

**FERMEZ LES YEUX**

Ecrivez une phrase :



## DEMENCE

Mme G, 83 ans, en bonne santé habituelle, sans facteurs de risque CV vous consulte accompagnée de sa fille, car celle-ci trouve qu'elle présente depuis quelques mois des troubles mnésiques qui s'aggravent

Vous faites un test MMSE. Le score est à 21/30.

Ceci signifie que Mme G a :

- Une démence maladie Alzheimer
- Un état confusionnel
- Un état dépressif
- ➔ -Des possibles troubles cognitifs

## DEMENCE (2)

Une femme de 65 ans arrive à votre consultation accompagnée de son mari car elle présente des troubles du comportement depuis une année. Son mari se plaint de son comportement toujours plus bizarre comme de manger des boîtes entières de biscuits en une fois, de ricaner sottement, de faire des commentaires grossiers à des étrangers et d'ouvrir les tiroirs et les placards dans les appartements de ses amis. Elle n'a pas d'anamnèse d'HTA ou de diabète et ne prend pas de médicament.

L'examen physique est normal. A l'examen mental, on observe une diminution du langage spontané et des rires inappropriés mais pas d'anomalie de la perception ou d'hallucination. Elle a un score de MMSE de 28. Elle place correctement les chiffres au test de la montre mais quand on lui demande d'écrire 11h10 avec les aiguilles, elle trace une ligne droite entre 10 et 11 heures. Elle montre des persévérations significatives dans le tracé de frises.

## DEMENCE(2)

L'étiologie la plus probable à ces troubles du comportement est :

1. Maladie d'Alzheimer
2. Démence frontotemporale
3. Démence vasculaire
4. Démence à corps de Lewy

### Test de l'horloge - version spontanée

Consigne : « Dessinez le cadran d'une montre avec tous les chiffres et les aiguilles qui indiquent l'heure »  
 (Ne pas aider le patient durant l'épreuve, répéter au besoin la consigne (depuis le début) s'il se retrouve bloqué; le patient est autorisé à refaire l'horloge si spontanément il n'est pas satisfait.

#### 1) Cotation quantitative :

- **Intégrité de l'horloge (max. 2 points)**
    - 2 : horloge présente, sans grosse distorsion
    - 1 : incomplète ou avec distorsion
    - 0 : absente ou totalement inappropriée
- Laisser le patient dessiner seul le cadran, ne pas l'aider ni faire de commentaires ; en cas d'impossibilité pour le patient de dessiner le cadran, le faire à sa place et noter 0 pt

- **Présence et succession des chiffres (max. 4 points)**
  - 4 : Tous présents dans le bon ordre avec le minimum d'erreurs dans la disposition spatiale
  - 3 : Tous présents mais erreurs dans la disposition spatiale
  - 2 : Chiffres manquants ou surajoutés mais pas de grosse distorsion dans les chiffres restants

Ou Chiffres placés dans le sens inverse  
 Ou Chiffres tous présents mais grosse distorsion dans la disposition spatiale (ex. : hémignégligence, chiffres à l'extérieur de l'horloge)

- 1 : Chiffres manquants ou surajoutés et grosse distorsion
- 0 : absence ou faible représentation des chiffres

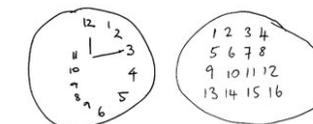
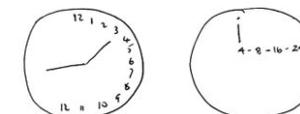
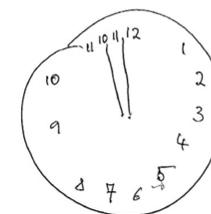
- **Présence et disposition des aiguilles (max. 4 points)**
  - 4 : Les aiguilles sont dans la position correcte et la différence de taille est respectée

3 : Légères erreurs dans le placement des aiguilles ou pas de représentation de la différence de taille entre les deux

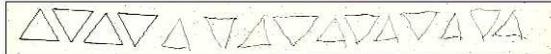
- 2 : Erreurs importantes dans le placement des aiguilles
- 1 : Seulement une aiguille ou pauvre représentation des deux aiguilles
- 0 : Pas d'aiguille ou persévérations sur les aiguilles

#### 2) Cotation qualitative :

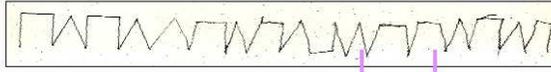
- Taille de l'horloge
- Difficultés graphiques (ex. chiffres difficiles à lire)
- Erreur de type « réponse forcée par le stimulus » (aiguilles placées sur le 11 et le 10 → problème d'inhibition)
- Déficit conceptuel (horloge sans les chiffres, utilisation inappropriée des chiffres, aiguilles absentes, temps écrit sur l'horloge)
- Déficit spatial et/ou de planification (disposition des chiffres sur l'horloge)
- Persévérations (sur les aiguilles ou sur les chiffres)



### Les frises de Luria



Le patient doit poursuivre le début de la frise



### Test du Stroop

Rouge Vert Bleu Jaune Vert  
Bleu Rouge Jaune Rouge Vert  
Bleu Vert Jaune Bleu Rouge  
Jaune Rouge Bleu Vert Bleu  
Rouge Bleu Jaune Vert Bleu

## DEMENCE(2)

L'étiologie la plus probable à ces troubles du comportement est :

- Maladie d'Alzheimer
- ➔ • Démence frontotemporale
- Démence vasculaire
- Démence à corps de Lewy

## Démence fronto-temporale

Survenue plus précoce  
début insidieux par des changements de la personnalité et du comportement  
modification précoces du caractère, avec dégradation sociale  
symptômes frontaux

## INCONTINENCE

Vous rendez visite à Mme F, 92 ans, à EMS Beau-Soleil où elle vit depuis 2 ans.  
Elle est connue pour un diabète de type 2 ID, une hypertension artérielle traitée par un IEC et un diurétique et une cardiopathie ischémique  
Les infirmières signalent une aggravation d'une incontinence, qui se manifeste par une perte d'urine juste devant la porte des toilettes.  
L'examen clinique ciblé est sp en particulier pas de globe  
Vous faites un stick urinaire qui est négatif

# INCONTINENCE

La prochaine étape est:

- Demander aux infirmières de poser une SUAD
- Introduire un traitement de toldéradine
- Demander aux infirmière de compléter un calendrier mictionnel
- Introduire un traitement d'oestrogènes vaginaux

## Incontinence urinaire chez la femme : prise en charge en médecine de premier recours



Rev Méd Suisse 2008; 4: 2569-74

A. Gonthier  
O. Pasche  
C. Achari  
P. Jichlinski  
J. Cornuz

Dr Ariane Gonthier et Olivier Pasche  
Pr Jacques Cornuz  
MD  
Dr Chahin Achari  
Service de gynécologie et obstétrique  
Pr Patrick Jichlinski  
Service d'urologie  
CHUV, 1011 Lausanne  
ariane.gonthier@chuv.ch  
olivier.pasche@hoprd.ch  
chahin.achari@chuv.ch  
patrick.jichlinski@chuv.ch  
jacques.cornuz@chuv.ch

L'incontinence urinaire féminine est un problème largement sous-évalué, qui touche près d'une femme sur deux à l'âge adulte. Bien que sa physiopathologie soit complexe et ses étiologies multiples (et souvent intriquées), la majorité des situations peuvent être prises en charge par le médecin de premier recours. En dehors de certaines situations spécifiques, le seul examen nécessaire avant de proposer un traitement conservateur est un stix urinaire. La prise en charge conservatrice repose sur des modifications de l'hygiène de vie, une physiothérapie spécialisée et, dans certains cas, un traitement médicamenteux. En cas de réponse insuffisante après trois mois, il est justifié d'adresser la patiente à un spécialiste, qui évaluera l'indication à une prise en charge chirurgicale.

### INTRODUCTION

L'incontinence urinaire est un problème largement sous-évalué en pratique clinique. Sa prévalence chez la femme s'élève jusqu'à près de 50% à l'âge adulte, selon des études transversales.<sup>1</sup> La majorité des patientes concernées n'en parlent pas spontanément à leur médecin, soit par pudeur, soit parce qu'elles pensent qu'il n'existe pas de traitement.<sup>2</sup> La physiopathologie de l'incontinence urinaire est complexe et incomplètement élucidée. Les étiologies peuvent être multiples et souvent intriquées. Nous considérons néanmoins que la majorité des situations peuvent être prises en charge initialement par le médecin de premier recours, qui adressera au spécia-

### Incontinence de type urgence

- Urgences mictionnelles (besoin soudain et impérieux d'uriner, difficile à différer) accompagnées de perte d'une quantité plus ou moins importante d'urine
- Souvent accompagnée de pollakiurie et de nycturie
- Liée à une hyperactivité du détrusor : multiples étiologies possibles, le plus souvent idiopathique

### Incontinence de type stress

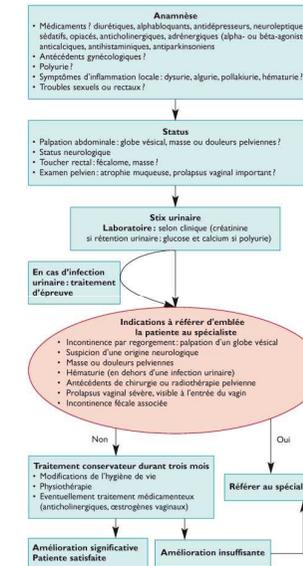
- Perte de petites quantités d'urine lors d'augmentation de la pression intra-abdominale : effort, éternuement, rire, toux ou simplement station debout
- Généralement secondaire à une laxité des ligaments pubo-urétraux et de la paroi antérieure du vagin (grossesses, accouchements) et/ou un déficit intrinsèque du sphincter urétral (plus fréquent chez les femmes âgées ménopausées)

### Incontinence de type mixte

- Association d'incontinence de type urgence et de type stress (en proportion variable)

### Incontinence de type regorgement

- Pertes goutte-à-goutte de façon plus ou moins continue, quotidiennement, liées à une rétention urinaire (globe vésical), qui peut être secondaire à des antécédents de chirurgie/radiothérapie pelvienne, ou à une atteinte neurologique suprasacrée
- A soupçonner aussi en cas d'infections urinaires à répétition, ou d'aggravation sous traitement antimuscarinique



<b>Incontinence urinaire : que pouvez-vous faire ?</b>	<b>Calendrier mictionnel : de quoi s'agit-il ?</b>
<p>S'il vous arrive de perdre involontairement de l'urine, ce qu'on appelle aussi «incontinence urinaire», il faut que vous sachiez qu'il s'agit d'un trouble très fréquent chez les femmes, en particulier après un accouchement ou après la ménopause. Ce n'est cependant pas une fatalité : avec une prise en charge appropriée, la plupart des femmes obtiennent une nette amélioration de ce problème</p>	<p>C'est un carnet d'observation dans lequel vous notez pendant plusieurs jours l'heure à laquelle vous allez uriner (les «mictions»), ainsi que les fuites d'urine et les besoins impérieux. Il vous permettra de mieux cerner le problème, et de mesurer les progrès accomplis durant le traitement</p>
<b>Quelques conseils</b>	<b>Réducation de la vessie et du périnée</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buvez normalement, c'est-à-dire entre un et deux litres par jour. Limiter excessivement les boissons peut être dangereux et n'aide pas votre vessie à retenir l'urine</li> <li>• Evitez la caféine (thé et café), qui augmente le besoin d'uriner, de même que l'alcool et le tabac</li> <li>• Faites de l'exercice, idéalement une demi-heure de marche par jour</li> <li>• Si vous êtes en surpoids, perdre quelques kilos améliorera les troubles urinaires</li> <li>• Evitez la constipation par un régime riche en fibres. Si nécessaire, discutez d'un traitement laxatif avec votre médecin</li> <li>• Remplissez un <b>calendrier mictionnel</b></li> </ul>	<p>Avec l'aide d'un(e) physiothérapeute, vous pouvez apprendre à contracter consciemment les muscles du périnée pour aider la vessie à retenir l'urine. Si vous avez une vessie dite «hyperactive» avec des besoins soudains et incontrôlables d'uriner, le (la) physiothérapeute peut vous enseigner comment vous entraîner à espacer progressivement vos mictions. Le calendrier mictionnel sera alors une aide indispensable</p>

## INCONTINENCE

La prochaine étape est:

- Demander aux infirmières de poser une SUAD
- Introduire un traitement de toldéradine
- ➔ • Demander aux infirmière de compléter un calendrier mictionnel
- Introduire un traitement d'oestrogènes vaginaux

## Mme M

- Vous vous rendez à domicile chez Mme M pour une visite médicale de contrôle.
- Mme M a 92 ans, elle est veuve, sans enfants, isolée socialement.
- Elle a de nombreuses co-morbidités dont une démence de maladie d'Alzheimer légère (CDR 1-MMSE 23/30)
- Lors de l'examen clinique de routine, vous constatez plusieurs hématomes sur les bras
- Vous croisez dans l'appartement deux personnes jeunes, qui semblent habiter avec Mme M
- Mme M vous dit que ce sont des amis qu'elle accueille

## Que faites-vous en priorité?

1. Vous arrêtez l'aspirine
2. Vous signalez Mme M à une assistante sociale
3. Vous signalez Mme M au juge du TPAE
4. Vous avertissez la police

# Maltraitance

- Définition de l’OMS : acte unique ou répété, ou absence d’intervention appropriée, qui se produit *dans le cadre d’une relation censée être une relation de confiance* et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime.
- Différents types de maltraitance : financière/matérielle, négligence, physique, psychologique, sexuelle.
- Une étude incluant 4467 personnes âgées de plus de 60 ans vivant en Europe s’est intéressée à la prévalence des différents types de maltraitance : 19.4% des participants ont souffert de maltraitance psychologique, 3.8% d’abus financiers, 2.7% de maltraitance physique et 0.7% d’abus sexuels.
- La maltraitance peut entraîner une morbidité et une mortalité accrues.

# Facteurs de risque de la maltraitance

Tableau 2: Facteurs de risque de maltraitance chez la personne âgée.  
 🚩 = drapeau rouge (adapté de [1]).

Facteurs de risque liés à la victime	Mauvais état de santé et dépendance fonctionnelle 🚩 Troubles cognitifs 🚩 Comportement agressif 🚩 Comportement oppositional Antécédents de maltraitance et violence conjugale
Facteurs de risque liés à l’auteur	Consommation de drogue et d’alcool 🚩 Maladies mentales (surtout dépression) 🚩 Epuisement Antécédents de maltraitance et transmission intergénérationnelle Facteurs externes: événements de vie (chômage, divorce...), problèmes financiers
Facteurs de risque liés à la dynamique relationnelle	Dépendance financière, émotionnelle, ou pour le logement de l’auteur envers la victime
Facteurs de risque liés à l’environnement et à la culture	Cohabitation (sauf abus financier) 🚩 Isolement social 🚩 Facteurs socio-économiques (pauvreté...) Discrimination (selon l’âge, sexisme, racisme) Culture de la violence (normalisation de la violence)

# Prise en charge de la maltraitance

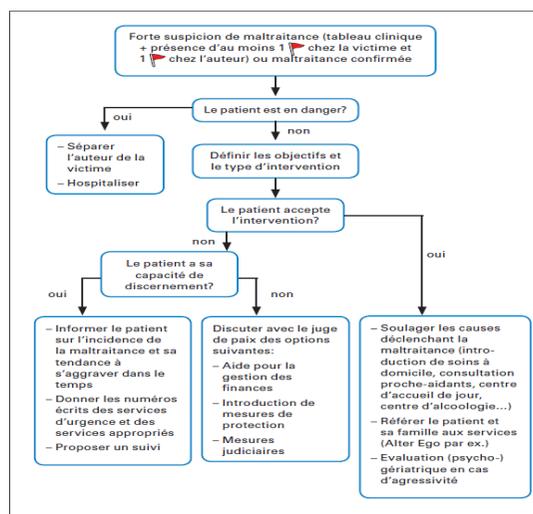


Figure 2: Algorithme de prise en charge d’une personne âgée victime de maltraitance.  
 🚩 = drapeau rouge [7, 8].

# Mesures de curatelle (CC & LaCC)

- **Objectifs** : protéger la personne concernée efficacement tout en préservant son autonomie (art. 388 CC)
- **Acteur** : [Le tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant \(TPAE\)](#) prononce les mesures de curatelle lorsqu’une personne majeure est empêchée d’assurer elle-même la sauvegarde de ses intérêts en raison d’une déficience mentale, de troubles psychiques ou d’un autre état de faiblesse (art. 390 CC).
- **Nomination** : La personne concernée peut proposer une personne comme curateur pour autant qu’elle remplisse les conditions requises et accepte la curatelle (art. 401 CC).
- **Rémunération et frais** : Le curateur a droit à une rémunération appropriée et au remboursement des frais justifiés; ces sommes sont prélevées sur les biens de la personne concernée. S'ils ne peuvent être prélevés ses biens, le TP AE édicte les dispositions d’exécution et les règle, dans les limites fixées par le règlement du Conseil d’Etat (art. 404 CC & art. 90 LaCC)

## Différents type curatelle

---

### Curatelle d'accompagnement (art. 393 CC)

- Instituée avec le consentement de la personne protégée
- Le curateur :
- vient en aide et apporte du soutien pour accomplir certains actes, telles que des démarches administratives.
- n'a aucun pouvoir pour représenter la personne concernée ni pour administrer ses biens.
- Elle ne limite pas l'exercice des droits civils de la personne concernée.

### Curatelle de représentation (art. 394-395 CC)

- Instituée si la personne protégée ne peut pas accomplir certains actes elle-même et a besoin d'être représentée.
- Le curateur :
- peut agir au nom de la personne sous curatelle.
- peut notamment être instituée pour la gestion du patrimoine et peut limiter l'accès à certains biens (par ex. comptes bancaires, biens immobiliers).
- L'exercice des droits civils de la personne concernée peut être limité en conséquence.

## Différents type curatelle

---

### Curatelle de coopération (art. 396 CC)

- Instituée pour sauvegarder les intérêts d'une personne qui a besoin d'aide.
- Le curateur :
- donne son consentement pour que les actes concernés soient juridiquement valables. L'exercice des droits civils de la personne concernée est limité en conséquence.

### Curatelle de portée générale (art. 398 CC)

- Instituée si une personne a un besoin d'aide très important, par exemple en raison d'une perte durable de la capacité de discernement.
- N'entre en ligne de compte que si les autres curatelles, individuellement ou combinées entre elles, ne suffisent pas.
- Le curateur
- a qualité de représentant légal.
- est responsable de l'assistance personnelle, de la gestion du patrimoine et des relations juridiques avec les tiers.
- La personne concernée est privée de l'exercice des droits civils

## SOINS PALLIATIFS

---

- Mme H, 78 ans, est connue depuis 8 ans pour un cancer du sein actuellement multimétastatique à l'os, au foie et au niveau pulmonaire.
- Elle a décidé d'arrêter tout traitement de chimiothérapie et radiothérapie
- Vous êtes appelés par infirmière à domicile car Mme H présente des douleurs en aggravation au niveau de la colonne lombaire (EVA 8/10) sans irradiation aggravées par la mobilisation et une dyspnée au moindre effort. Elle est également très anxieuse
- Cl créatinine calculée est à 50ml/min
- Elle a déjà reçu de l'oxycodone il y a 6 mois et ce traitement a du être stoppé en raison de nausées incoercible

## SOINS PALLIATIFS

---

Que faites-vous en premier intention:

- Vous augmentez les doses de paracétamol
- Vous introduisez un traitement de lorazépam
- Vous introduisez un traitement de morphine orale
- Vous appelez l'unité de gériatrie et de soins palliatifs communautaire

## Soins palliatifs

Aide-mémoire  
destiné aux soignants



## Rotation des opioïdes: de la théorie à la pratique

Recommandations Interdisciplinaires  
du réseau douleur des HUG



Les opioïdes sont fréquemment utilisés pour traiter les douleurs modérées à sévères d'origine cancéreuse ou non cancéreuse. Si leur emploi permet d'obtenir une analgésie adéquate chez de nombreux patients, une efficacité réduite des effets indésirables indésirables demeure parfois leur utilisation. Le rotation des opioïdes est une stratégie proposée pour pallier ces limitations. Cet article revisite le concept de rotation des opioïdes, de raisonnement pharmacologique aux modalités pratiques.

### INTRODUCTION

Les opioïdes sont fréquemment utilisés pour traiter les douleurs modérées à sévères d'origine cancéreuse ou non cancéreuse. Si leur emploi permet d'obtenir une analgésie adéquate chez la majorité des patients, des effets indésirables indésirables peuvent limiter leur utilisation. La rotation des opioïdes est une stratégie proposée pour pallier ces limitations. Pour l'instant, il n'existe pas d'étude randomisée en contrôle croisé l'évaluation de la rotation des opioïdes, pas plus que d'étude comparant les différentes modalités de rotation entre elles ou les différents opioïdes. Ces lacunes tiennent au fait que la rotation des opioïdes a été principalement utilisée chez des patients en soins palliatifs, mais aussi aux difficultés méthodologiques de telles études qui sont liées à la population concernée et aux différences de pharmacocinétique et de formulation des

	Voie d'administration	Délai d'action	Durée d'action	Demi-vie*
<b>Morphine</b>	• Orale (formes LI)	30-90 min	4-7 heures	1,9 ± 0,5 heures (M6G: 4,0 ± 1,5 heures)
	• Orale (formes LP)	1-3 heures	12-24 heures	
	• SC/IM	30-60 minutes	4-5 heures	
	• IV	5 minutes	4 heures	
<b>Hydromorphone</b>	• Orale (formes LI)	30-60 minutes	3-4 heures	2,4 ± 0,6 heures
	• Orale (formes LP)	3 heures	12-24 heures	
	• SC	15 minutes	4-5 heures	
<b>Oxycodone</b>	• Orale (formes LI)	60 minutes	3-4 heures	2,6 ± 0,5 heures (OM: 1-2 heures)
	• Orale (formes LP)	2-4 heures	12 heures	
<b>Fentanyl</b>	• Transdermique	12-24 heures	72 heures	3,7 ± 0,4 heures
	• IV	5 minutes	30-60 minutes	
<b>Buprénorphine</b>	• Sublinguale	60-90 minutes	6-8 heures	2,33 ± 0,24 heures
	• Transdermique	11-21 heures	72-96 heures	
	• SC	30-60 minutes	6-8 heures	
<b>Méthadone</b>	• Orale	2 heures	2-10 heures	27 ± 12 heures
	• SC/IM	10-20 minutes	2 minutes-24 heures	

IV: intraveineux; IM: intramusculaire; SC: sous-cutané; LI: libération immédiate; LP: libération prolongée; M6G: morphine-6-glucuronide; OM: oxymorphone.  
\*Ces demi-vies ne tiennent pas compte des formes galéniques à libération prolongée (appelée demi-vie apparente): morphine: 4,5-15 heures; hydromorphone LP: 8-15 heures; oxycodone LP: 4,5-8 heures; fentanyl transdermique: 20-27 heures; buprénorphine transdermique: 26 heures.

## SOINS PALLIATIFS

Que faites-vous en premier intention:

- Vous augmentez les doses de paracétamol
- Vous introduisez un traitement de lorazépam
- ➔ • Vous introduisez un traitement de morphine orale
- Vous appelez l'unité de gériatrie et de soins palliatifs communautaire

### Consultation de gériatrie communautaire

Comment bien vieillir  
tout en restant chez soi



### Consultation de soins palliatifs communautaires

Une équipe mobile  
à votre service



Qu'avez-vous retenu??