

# **L'approche gériatrique en consultation**

**( Cours de 6 eme année médecine )**

The geriatric approach in consultation  
(6th year medicine course)

**A . Chinar ( médecine interne )**

**Algeria, University of Batna 2, Faculty of Medicine, Chu Batna Department of  
Medicine, Department of Nephrology, Dialysis, and Kidney Transplantation**

**a.chinar-univ@batna2.dz**

**chinarathmane@yahoo.fr**

**[http://staff.univ-batna2.dz/chinar\\_athmane](http://staff.univ-batna2.dz/chinar_athmane)**

**Fax: 213 33308317 - Tel 0772121991 - 04/03/2024 à 13h**

Journée mondiale de l'obésité  
World Obesity Day



**23 ANS..... Pour qui ?**



**TRIA AICHA**

**23 ANS**



# Agenda

Introduction

Objectifs généraux

Objectifs de l'examen

Particularités de l'examen

Problématique

Anamnèse

Particularités sémiologiques

Abord du patient

Conditions de l'examen

Raisonnement gériatrique

La thérapeutique

Règles de prescription

Evaluation gériatrique

Conclusion

Références bibliographiques

# Introduction

La gériatrie est la spécialité qui prend en charge la personne âgée malade.

C'est une **approche globale**, bio-psychosociale du sujet âgé.

**L'évaluation gériatrique standardisée** de sujets âgés particulièrement vulnérables dits « fragiles » à haut risque de décompensations fonctionnelles souvent en cascade.



La prise en charge de la personne âgée malade s'efforce de **lutter contre ce processus dynamique de fragilisation, source de dépendance.**

L'approche thérapeutique ne se limite pas à la prescription médicamenteuse souvent source de iatrogénie, mais elle nécessite **une collaboration interdisciplinaire étroite des intervenants médicaux, paramédicaux et familiaux**

# Objectifs généraux

Expliquer les concepts de vieillissement pathologique, de **polypathologie** et de **vulnérabilité en gériatrie**.

- Décrire les **particularités sémiologiques**, physiques et psychiques de la personne âgée malade.
- Définir le **raisonnement thérapeutique en gériatrie** et citer les principales règles générales de **prescription chez le sujet âgé**.



# Objectifs de l'examen clinique

Il s'agit de :

- \* **guérir** ce qui est curable
- \*\* de **prévenir** ce qui est évitable,
- \*\*\* de ralentir ce qu'on ne peut améliorer.

Il faut **identifier** :

- \*\* les maladies patentes et latentes,
- \*\* dépister le risque de handicap avant le handicap.

L'examen peut être fait à la demande du malade.

Son motif d'appel est parfois **vénial** (pardonnable) par rapport à l'affection principale.

Intérêt à tenir **compte de la plainte** sur l'accessoire pour faire comprendre l'importance de **traiter à temps le principal**.

# Particularités de la personne âgée en consultation

- Quand consulter? ( seuil de tolérance du mal )
- Seul ou accompagné ! ( initiative personnelle ou de l'entourage)
- Quel motif ? ( rien ou plusieurs )
- Quel langage ? ( choix de terminologie )
- Comment conduire une anamnèse ? ( l'art de communiquer )

- Attention : écoute , choix des mots , le regard, la grimace, le geste, le passé, le présent.....réussir la confiance de la personne âgée...il faut attendre.....Donner du temps au temps
- L'examen physique : l'intimité...complet
- Le bilan paraclinique : de la priorité....indications...contraintes
- Le traitement : médicalisation (quelles drogues ? la médecine parallèle et croyances, aller au médecin est parfois le dernier recours)

# **Le but ultime de la consultation gériatrique est de dresser une évaluation gériatrique**

« L'évaluation gériatrique standardisée est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soin coordonné et intégré, et un suivi à long terme »

## Un terrain spécifique

# EXAMEN CLINIQUE DU SUJET AGE



**N'oublions pas que :**

Phénomène de vieillissement=sénescence



Lente dégradation des fonctions de  
l'organisme



Autonomie



patient autonome/patient  
dépendant

État de santé général



Bonne santé/  
polypathologique

Isolement



Patient entouré/patient isolé

Compliance pour les soins



Patient coopérant/patient  
non coopérant

## **L'autonomie qui est la capacité à se gouverner soi-même.**

- Le patient âgé autonome: patient ne souffrant pas de déficit moteur ou psychologique
- La dépendance peut se définir comme étant le besoin d'aide humaine pour réaliser des tâches de la vie quotidienne.
- Patient âgé dépendant: patient atteint d'une ou plusieurs maladies générales, d'un déficit moteur et/ou psychique

Il s'agit de **3 cas** de figure de sujets âgés:

\* Sujet **FIT** : En forme

\*\* Sujet **FAIT** (fragile ): baisse des réserve sous l'action du vieillissement et des maladies chroniques

\*\* Sujet **SICK** : Malade en perte d'autonomie

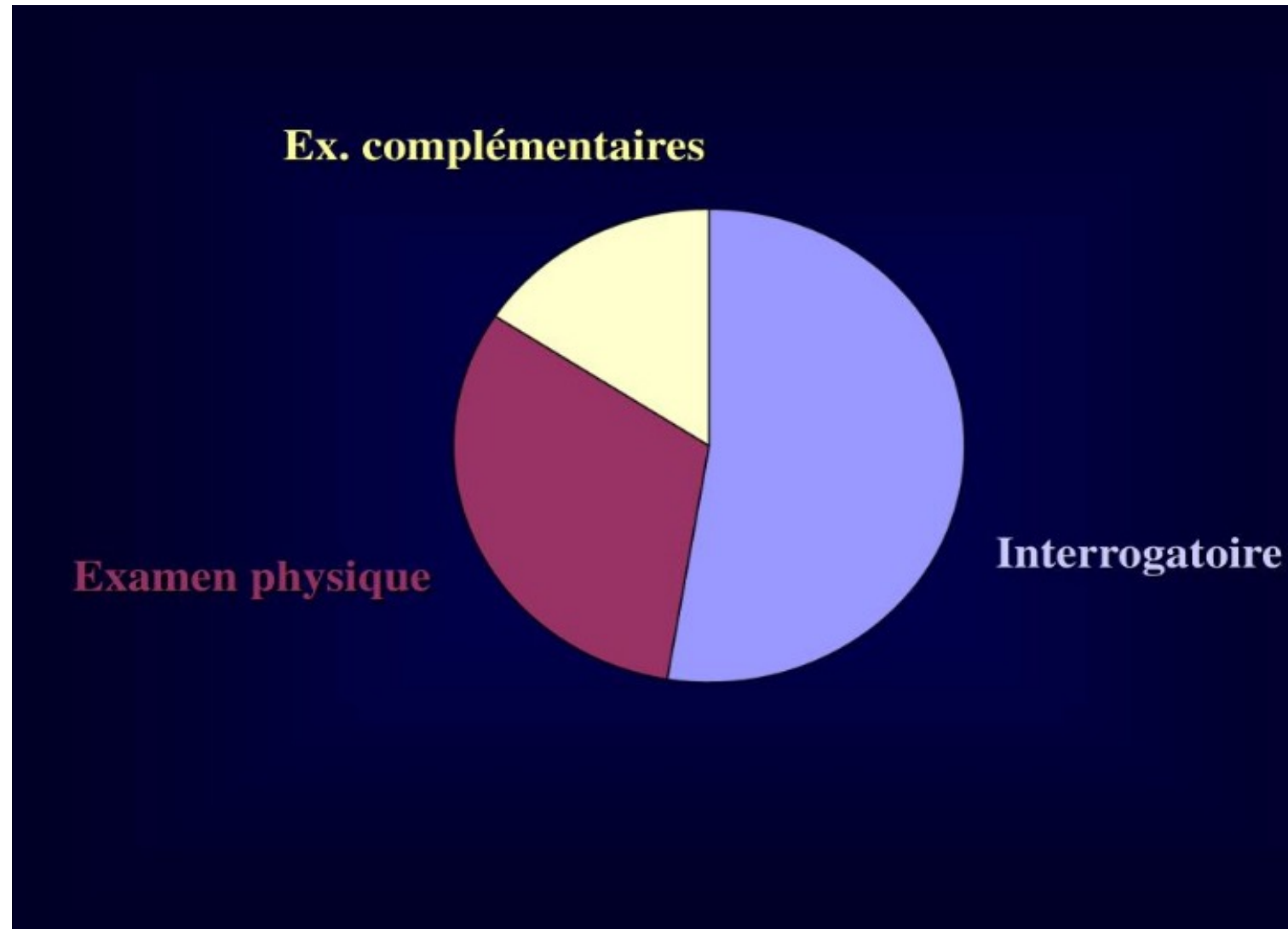
# Problématique

- La surmédicalisation: chercher le bien être
- La sous médicalisation= banaliser les symptômes, mettre sur le compte de l'âge
- Dysmédicalisation= ignorer dans le raisonnement la spécificité du sujet âgé.

# Anamnèse et sujet âgé

- L'anamnèse médicale est particulièrement importante chez les personnes âgées.
- Souvent plus compliquée que celle des patients jeunes.
- Les informations peuvent devoir être recueillies à partir de diverses sources.
- Plus de temps pour interroger et évaluer les patients âgés.

**En gériatrie : 53% - 31 % - 17%**



## PARTICULARITÉS SÉMIOLOGIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE

### Personne ressource, aidant naturel

La consultation en gériatrie s'effectue souvent avec plusieurs personnes.

La personne âgée se présente généralement **avec un membre de sa famille** :

**\*\* Le conjoint** (notamment pour les hommes), la fille, plus rarement le fils.

**\*\* Le tiers présent** est en général la personne dite « ressource » qui peut être désignée comme **« personne de confiance »**.



**Le contexte chez nous :**

**L'ex autoritaire qui devient malade**

**Perte du pouvoir**

**Et la relève par qui ? :**

**\*\* LA FAMILLE .. LA POLYGAMIE... LES PARENTS....**

**\*\* Faut-il encore compter sur la famille?**

**\*\* LA RELIGION....LA SOCIETE.....LA MUTATION... LA TRADITION**

**LE NOUVEAU REGARD**

**( effets de mutation ou de transition )**

# Abord de la personne âgée en consultation

Nécessité d'une attention particulière

Instaurer les meilleures conditions de confort sensoriel, physique et psychique.

Le temps nécessaire à la consultation est très nettement supérieur à une consultation de l'adulte jeune

Par la nécessité d'une évaluation globale du patient, mais aussi du fait du degré de dépendance du patient (habillage, difficultés locomotrices, handicap sensoriel...).

# 1. Présentation générale

Relation médecin malade.

Ne pas oublier : son vécu, son histoire, ses envies et ses projets, son droit à être respectée.

La présence fréquente d'un membre de la famille lors de l'entretien, permet parfois de préciser de compléter l'anamnèse.

## 2- HANDICAP SENSORIEL DE LA PERSONNE ÂGÉE MALADE

### Conseils

- ▶ **Limiter les bruits parasites** : pièce calme sans résonance, une seule personne parle à la fois
- ▶ **S'assurer du port des prothèses auditives** et de leur fonctionnement (les piles des prothèses ont une durée de vie de 2 à 4 semaines suivant l'utilisation)
- ▶ **Ne pas crier**, jouer sur le timbre de la voix
- ▶ **Parler lentement**, distinctement sans exagération grimaçante
- ▶ **Parler face au patient** à une distance qui lui permet de voir les expressions du visage et les mouvements labiaux

- ▶ **Savoir utiliser l'écrit** quand la surdité est majeure (ardoise, papier, écran d'ordinateur)
- ▶ **Éviter de mettre le sujet à contre-jour** (éblouissement chez les patients atteints de cataracte)
- ▶ **Veiller systématiquement au port de lunettes de vue**
- ▶ **S'assurer que l'éclairage est satisfaisant**
- ▶ **Apporter une réassurance**, le cas échéant en prenant la main du sujet, mais aussi en expliquant le déroulement de l'examen tout au long de celui-ci

### **3. Troubles cognitifs**

La personne âgée malade est accompagnée d'un tiers qui permet avec celle-ci la reconstitution de l'anamnèse.

L'expérience du clinicien se juge alors dans son habileté à recueillir des informations pertinentes du tiers, tout en écoutant la formulation des plaintes par le patient.

Un temps de dialogue, seul avec le patient doit être préservé dans le déroulement de la consultation.

## **4 -Conditions de l'examen:** ou examiner une personne âgée ?

1- A domicile : handicaps, alitement, entourage

2- Au cabinet de consultation (libéral ou hospitalier): accès plus facile, et plus de moyens

3- Dans un lit d'hôpital, un service des urgences, ou en maison de retraite: plus de détails, confidentialité à respecter

NB: Eviter le tel ,de reproduire la même ordonnance...je le connais



## 5- Polymédication :

**l'importance de la iatrogénie** chez les patients âgés implique une recherche systématique de l'ensemble des médications prises, non seulement per os mais aussi par voies locales : collyres, pommades, etc.

**La multiplicité des intervenants médicaux**, notamment spécialistes d'organe, l'automédication, la difficulté de mémorisation de leur traitement peuvent compliquer la tâche.

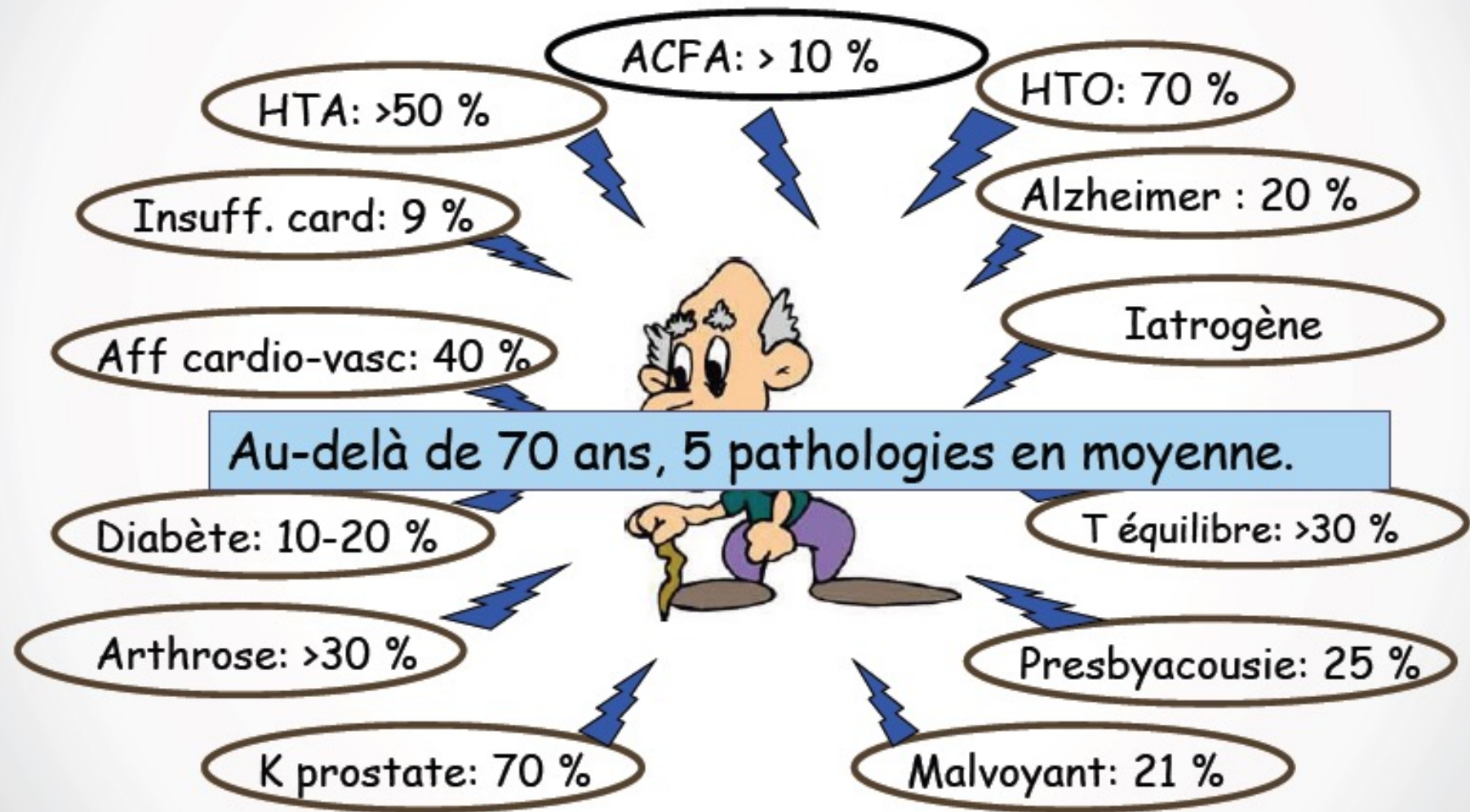
## Évaluation socio-sanitaire :

l'interrogatoire permet l'évaluation de la dépendance du sujet pour les actes de la vie quotidienne :

Les aides socio-sanitaires en place sont parallèlement précisées (intervenants au domicile, aide personnalisée à l'autonomie .

## Patients comorbides

**Au total**



## 2. Examen physique

### 2-1 Signes généraux :

- \*\* Poids**
- \*\* Taille**
- \*\* Température**
- \*\* Pouls**
- \*\* Fréquences respiratoire**
- \*\* Anorexie**
- \*\* Asthénie**
- \*\* Situation familiale ( entourage )**

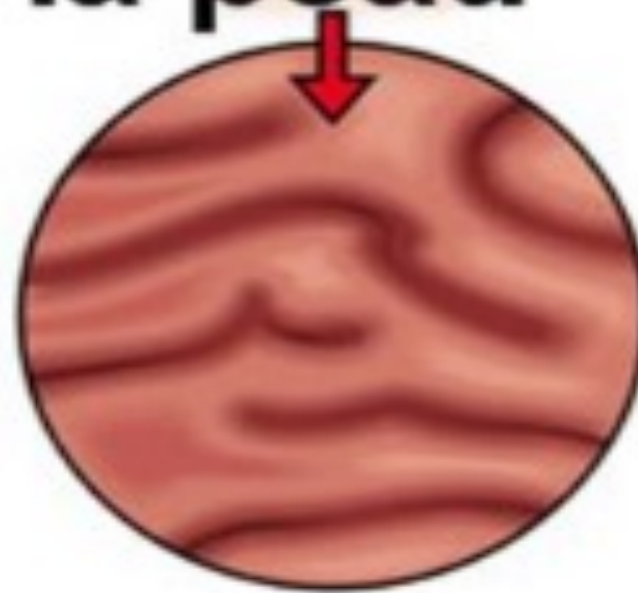
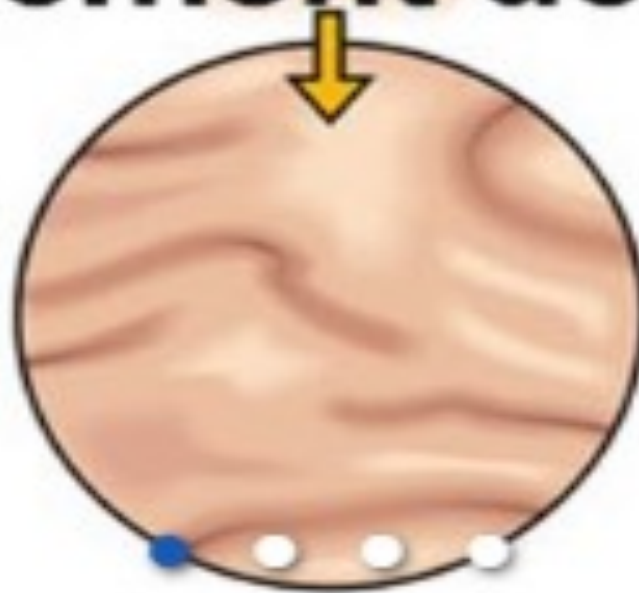
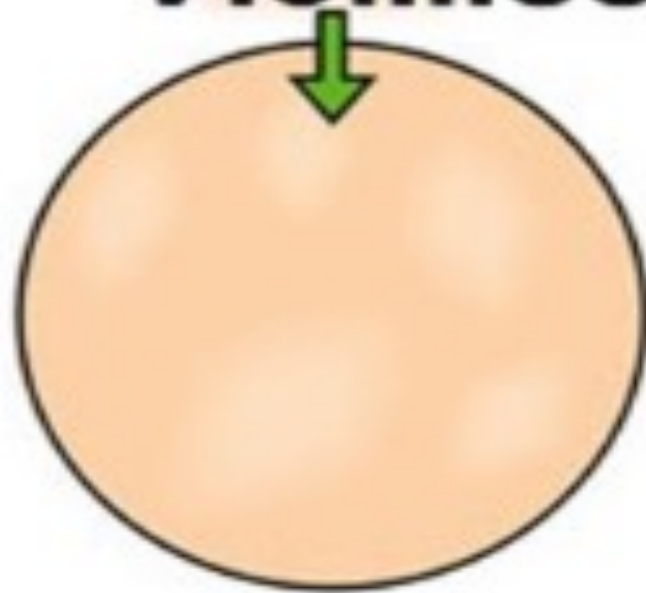
**Apprécier le degrés d'autonomie (... Scores )**

## 2-2 Examen dermatologique :

- Le vieillissement de la peau est un processus naturel, inéluctable.
- *La peau évolue tout au long de la vie, comme tous les organes*
- *Les premiers stigmates de vieillissement cutané apparaissent en moyenne à partir de 25-30 ans .*
- Le vieillissement cutané se traduit par **l'apparition de rides et de taches brunes.**
- La sécheresse de la peau, qui se caractérise par un aspect craquelé, est aussi un phénomène courant chez les seniors et est souvent associée à des démangeaisons (prurit), plainte dermatologique très fréquente chez le sujet âgé.



**Vieillissement de la peau**



# Je cherche :

- 1- **En conséquence** de la diminution de la résistance de la barrière cutanée, l'épiderme du sujet âgé est plus susceptible au développement de dermatites de contact, soit de nature irritative, soit de nature allergique.
- 2- Les dermatites apparaissent plus souvent sur les jambes.
- 3- Cette **distribution reflète la présence de facteurs** liés au vieillissement comme la stase veineuse et les œdèmes périphériques, ainsi que le rôle de l'exposition professionnelle (mains, visage) .



le pli cutané n'est pas synonyme de déshydratation du fait de l'atrophie des tissus sous-cutanés, sauf s'il est localisé par exemple au sternum ou à la face interne des cuisses.

L'examen des points de pressions (notamment sacrum et talon) est systématique (escarres).

La présentation et l'hygiène corporelle sont appréciées (troubles cognitifs et [ou] difficultés ostéoarticulaires ou déficit sensoriel).

## **Particularités cliniques (7)**

### **Examen cutané**



- **La peau : fine, atrophique, aisément plissée**
- **Coloration**
- **Visage pores élargis**
- **Tronc : verrues séborrhéiques, taches rubis**
- **Kératoses préépithéliomateuses**
- **Ephilides séniles**
- **Pseudo cicatrices blanchâtres**
- **Purpuras vasculaires**

# **EXAMEN CUTANE**

## **taches rubis**



## 2-3 Examen de la bouche

### Santé buccodentaire des personnes âgées

1-Santé buccodentaire et santé générale

2-Prendre soin de ses dents et de sa bouche

3-Modifications aux brosses à dents

4-Entretien des prothèses et des implants dentaires

5-Bouche sèche

6-Apprenez à connaître votre bouche

7-Santé buccodentaire et personnes âgées atteintes de démence



- **L'inspection systématique** de la cavité buccale doit faire partie intégrante de l'examen clinique de la personne âgée.
- **Une bonne hygiène bucco-dentaire** est le moyen le plus efficace pour lutter contre la survenue de complications d'observation particulièrement fréquente chez les aînés.
- **Afin d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire**, il convient de sensibiliser les patients, leurs familles et les soignants à une prise en charge quotidienne.



## **Les pathologies qui interfèrent directement avec les soins dentaires:**

La majorité des patients âgés souffrent de maladies chroniques telles que:

- Le diabète
  - Les maladies cardiovasculaires
  - Le cancer
  - L'ostéoporose
  - La dénutrition
  - Divers troubles neurologiques.
- Ces affections nécessitent des précautions particulières lors des soins bucco-dentaires.

# Une bouche mal entretenue risque :

- Hyposialie.
- Fêlure
- Perte de substance par érosion ou abrasion
  - Rétrécissement voire oblitération des cavités pulpaire
- Carie de collet
- Atrophie de la muqueuse buccale
- Diminution de la densité osseuse.
- Altération du goût.
  - \* Mauvaise haleine (Halitose)

# Au total

- L'état de la cavité buccale de la personne âgée est souvent altéré de part le vieillissement physiologique et l'existence fréquente de pathologies associées.
- De plus, le retentissement des pathologies buccodentaires est important sur l'état de santé et la qualité de vie des personnes âgées
- Cette prise en charge doit passer par une coordination multidisciplinaire accrue des soins en intégrant les médecins dentistes et en facilitant la prévention par la sensibilisation et la formation du personnel soignant médical et paramédical.



## 2-4 Examen ostéoarticulaire :

### Examen Rhumatologique



## Recherche de déformations

(accentuation de la cyphose dorsale, camptocormie, hyperlordose cervicale

Troubles de l'appui plantaire : hallux-valgus, orteil en marteau, affaissement des voûtes), de limitations d'amplitudes articulaires, d'une amyotrophie.

## **2-5 Examen pulmonaire :**

**Les ATCDP**

**Exposition professionnelle**

**Habitudes toxiques**

**Signes fonctionnels**

**L'examen physique respiratoire**

**Pathologies : BPCO , Asthme,**

**Fibrose ID...**

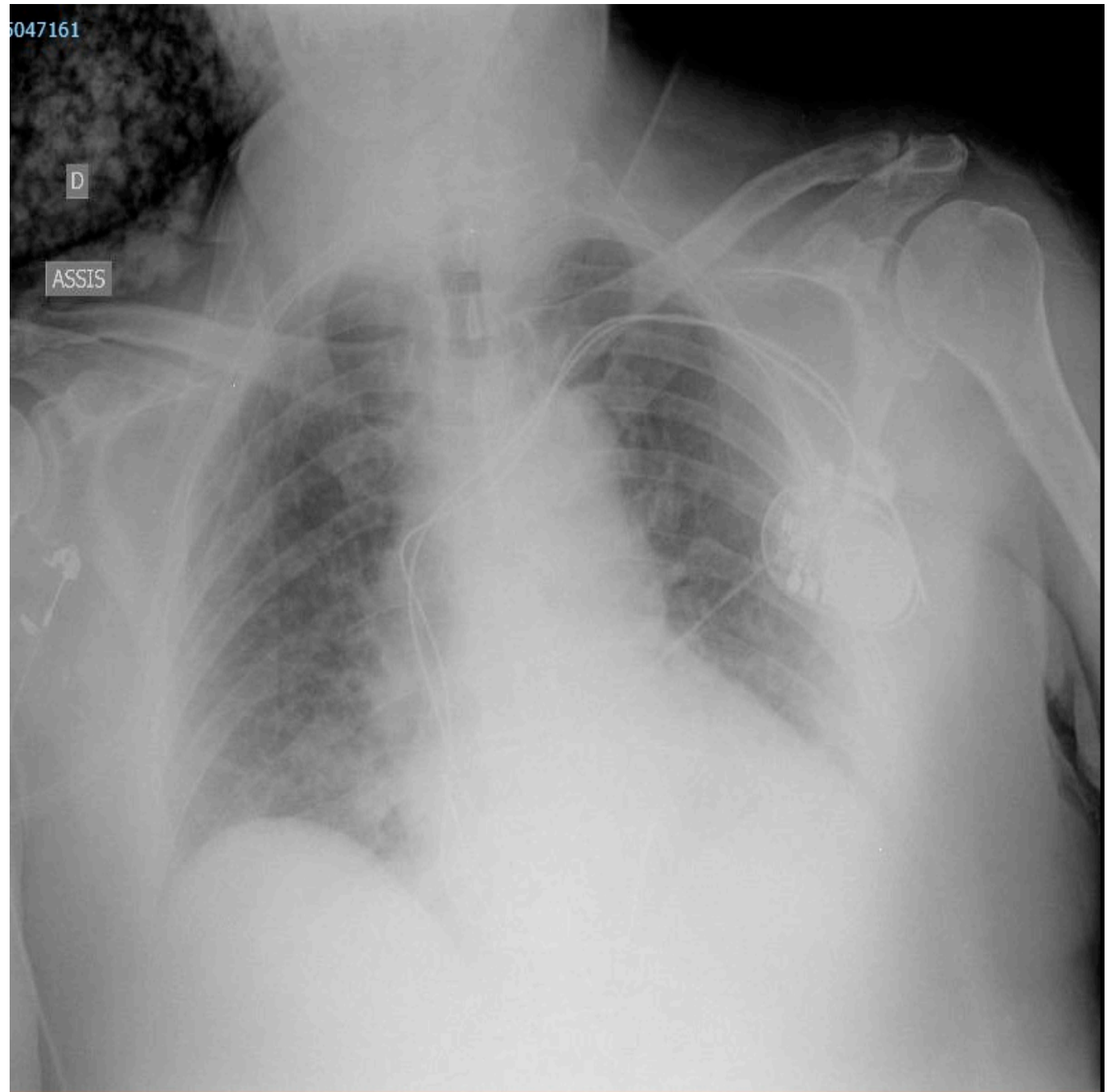


## 2-6 Examen cardiovasculaire :

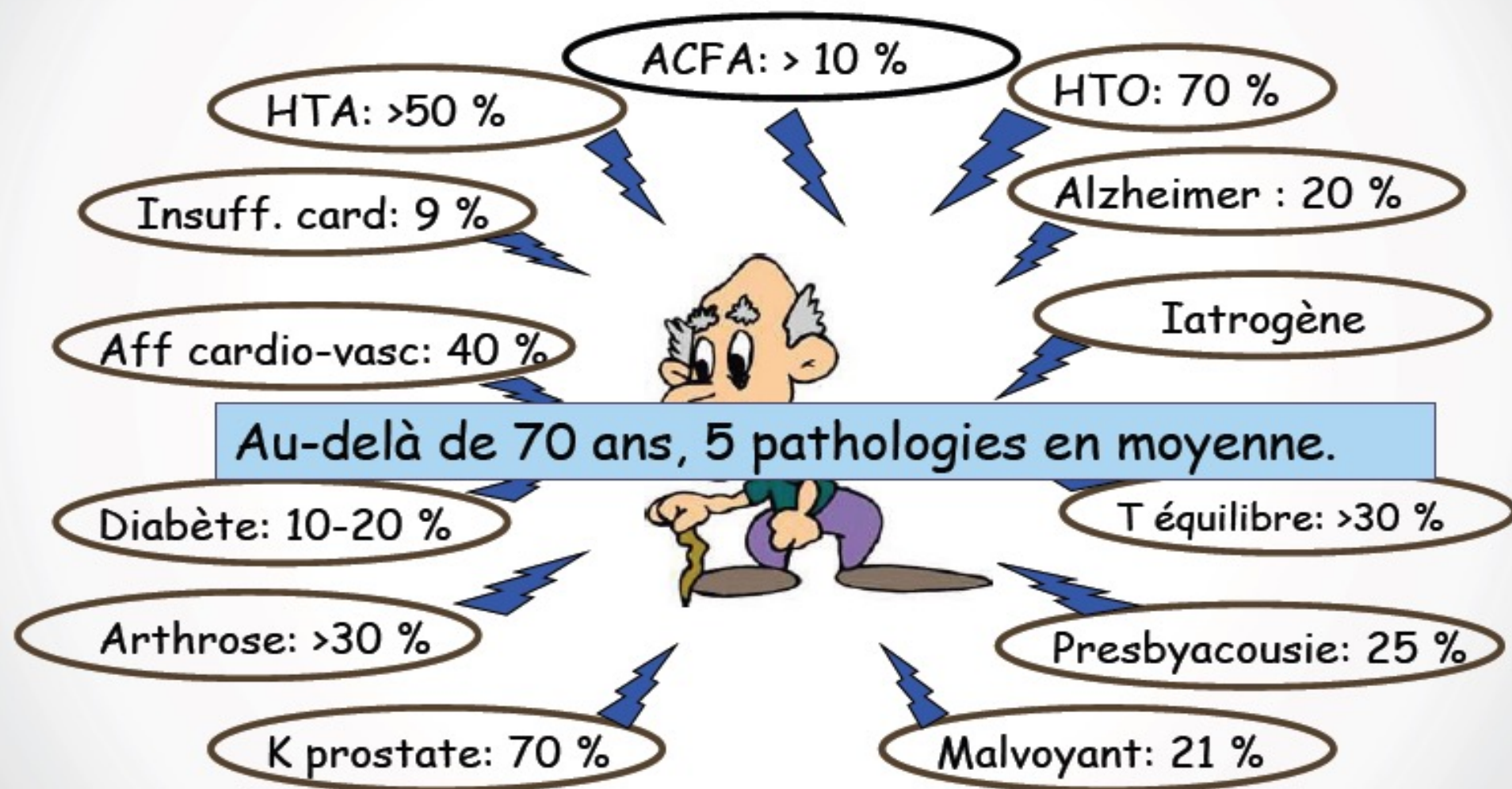
la présence d'un souffle systolique en écharpe de faible intensité n'est pas pathologique et traduit des remaniements aortiques scléreux.

La mesure de la pression artérielle s'effectue aux 2 bras, en position couchée et debout (recherche d'hypotension orthostatique) avec la mesure du pouls.

La palpation et l'auscultation de l'aorte abdominale recherchent un anévrisme.



## Patients comorbides





## 2-7 Examen des appareils digestif et génito-urinaire

L'examen buccodentaire et des prothèses participe à l'évaluation nutritionnelle.

Le toucher rectal apprécie, outre la prostate chez l'homme, le tonus sphinctérien.

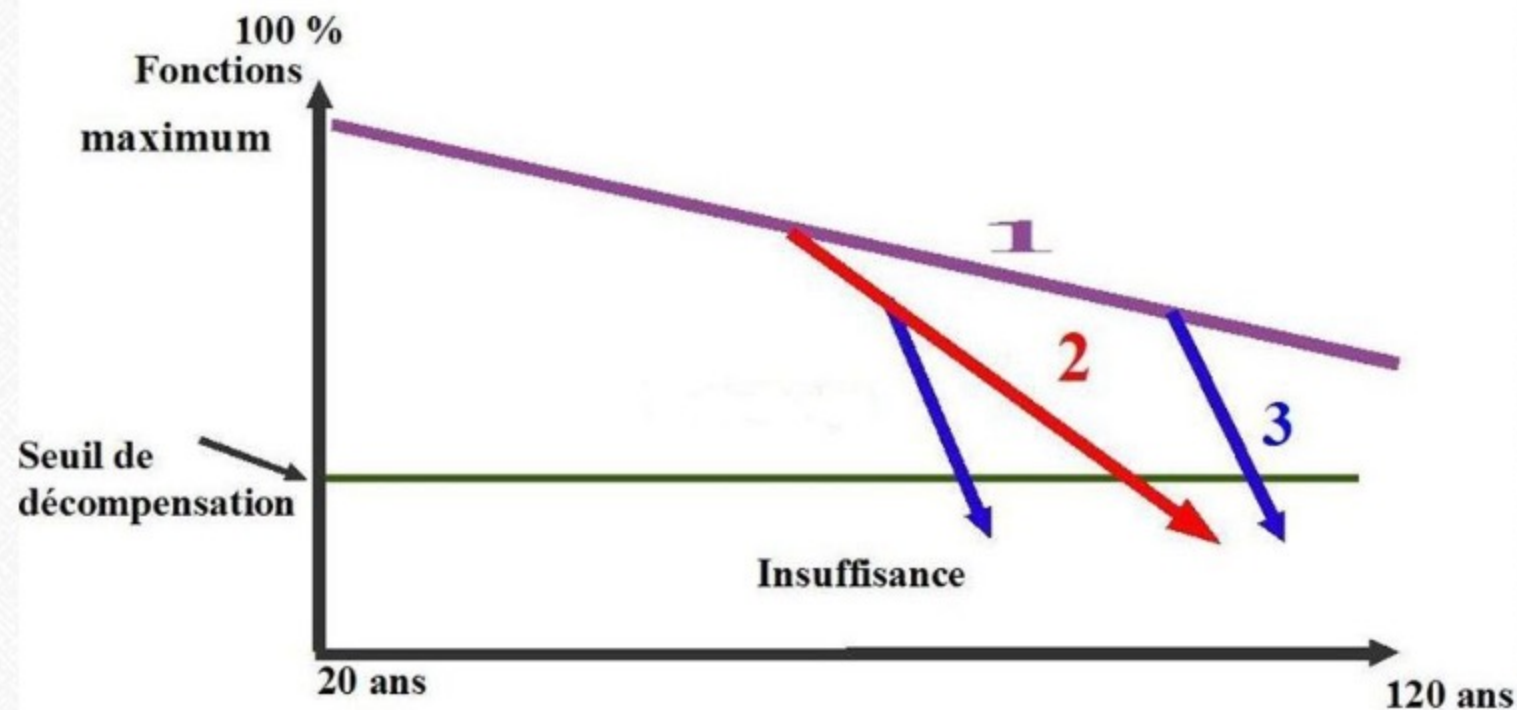
L'atrophie vaginale est parfois importante, le toucher vaginal est le plus souvent difficile à réaliser.

# Raisonnement gériatrique



# Bouchon : un concept simple et génial

Publié le 18 octobre 2023 par Bernard Pradines



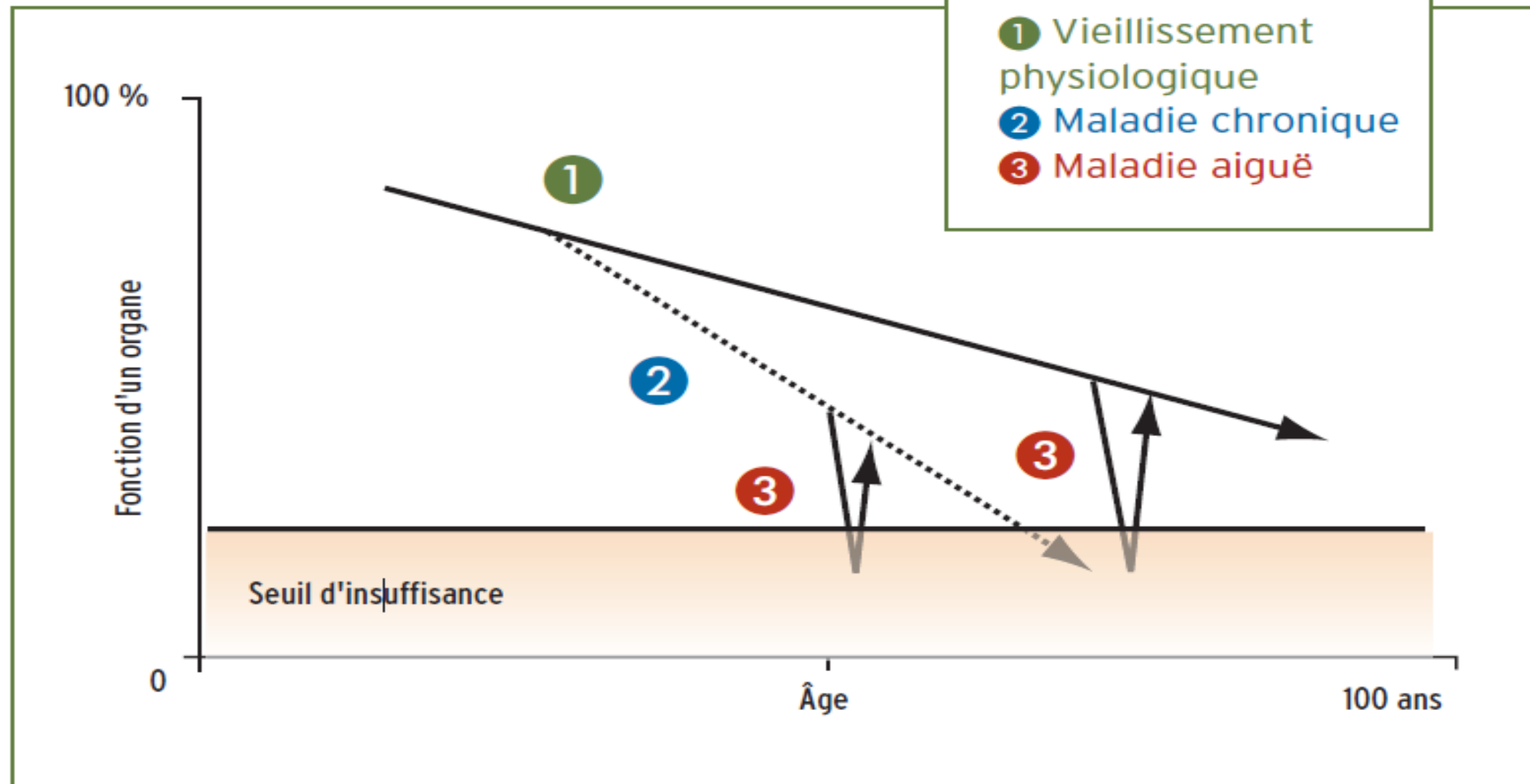
## À propos



Ancien gériatre orienté vers la formation, j'ai fondé ce blog en janvier 2013 pour une large

liberté d'expression en gérontologie.

Des textes de l'ordre de 20 lignes, avec ou sans lien, y sont accueillis. Un comité de lecture vérifie la congruence avec les lois en vigueur. English or German possible.



« 1 + 2 + 3 » de Bouchon.

## 4. Raisonnement gériatrique : le « 1+2+3 »

Un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la personne âgée a été proposé par J.-P. Bouchon en 1984.

Ce raisonnement gériatrique, ou « 1+2+3 de Bouchon » est particulièrement efficace pour la plupart des situations cliniques en gériatrie.

**Sur ce schéma:**

**L'abscisse** donne l'âge du patient.

**En ordonnée**, on représente la fonction d'un organe : au maximum 100 % avec un seuil clinique d'insuffisance marquant la décompensation fonctionnelle (confusion, insuffisance cardiaque aiguë, chute, perte de connaissance...).

# La courbe 1

- Représente les effets du vieillissement sur la fonction de l'organe (vieillessement cardiaque, vasculaire, rénal, cérébral...).
- **Le vieillissement isolé n'aboutit jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle.**

## La courbe 2

**Représente** l'effet d'une maladie chronique qui vient se greffer sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe (coronaropathie, syndrome démentiel, hypertension artérielle, ostéoporose...).

La maladie chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance (cardiopathie ischémique au stade d'insuffisance cardiaque globale).

Cependant, l'effet couplé du traitement et des adaptations fonctionnelles de l'organisme peut maintenir une capacité fonctionnelle suffisante, quoique diminuée.

# La courbe 3

Représente le facteur aigu de décompensation :

- \*\* Stress aigu,

- \*\* Pathologie iatrogénique,

- \*\* Affection médicale aiguë (bronchopneumonie à l'origine d'un œdème pulmonaire aigu, prise d'un  $\alpha$ -bloquant pour un adénome prostatique à l'origine

- \*\* D'une chute traumatisante au lever secondaire à l'aggravation subite,

- \*\* Iatrogénique,

- \*\* D'une hypotension orthostatique,

jusqu'alors « compensée » chez un patient atteint de diabète compliqué de neuropathie avec dysautonomie).





# THÉRAPEUTIQUE

## Raisonnement thérapeutique en gériatrie

1. Données pharmacologiques
2. Polymédication
3. Iatrogénie



# 1. Données pharmacologiques

Certaines modifications du devenir du médicament liées au vieillissement ont une conséquence directe sur les règles de prescriptions chez la personne âgée.

le vieillissement influence peu l'absorption digestive du médicament.

Le volume de distribution des médicaments hydrosolubles se trouve diminué, ce qui est à l'origine d'une augmentation de la concentration des produits au niveau des récepteurs (p. ex. digoxine : diminution de la posologie).

Les médicaments subissant un effet de premier passage hépatique important ont une biodisponibilité qui augmente avec l'âge du fait d'une réduction de leur métabolisation hépatique (activité enzymatique hépatique moins efficace).

La diminution de la filtration glomérulaire, du flux sanguin rénal, de la sécrétion et de la réabsorption tubulaire nécessite des ajustements de la posologie des médicaments à excrétion rénale

# La créatininémie



30 ans  
90 kg

80 ans  
65 kg



**110  $\mu\text{mol/l}$**

**$\text{Cl}_{\text{CR}} = 110 \text{ ml/mn}$**

**$\text{Cl}_{\text{CR}} = 40 \text{ ml/mn}$**

## 2. Polymédication

Les sujets de plus de 65 ans ont en moyenne 2 à 3 fois plus de maladies que les sujets plus jeunes.

La polymédication est justifiée par la polypathologie et par l'efficacité démontrée de nombreuses classes médicamenteuses en termes d'amélioration de la qualité de vie et (ou) d'accroissement de la longévité.

### 3. Iatrogénie

Dix à 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées sont liées à un accident iatrogénique.

Les médicaments cardiovasculaires et les psychotropes sont incriminés dans 2 cas sur 3.

La iatrogenèse pourrait être prévenue à la fois par une meilleure connaissance de la personne soignée (autonomie, fonction sensorielle, troubles cognitifs, fonction rénale...) et par une meilleure connaissance de la pharmacopée.

# Règles de prescription

Des règles habituellement utilisées par les gériatres visant à améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé:

- 1- Connaitre le patient**
- 2- Connaitre le produit à prescrire**
- 3- Education thérapeutique**
- 4- Observance thérapeutique**

# Évaluation gériatrique standardisée

- **L'évaluation gériatrique globale est un processus multidimensionnel conçu pour évaluer :**
  - **L'autonomie**
  - **L'état de santé (physique, cognitive et mentale)**
  - **La situation socio-environnementale des personnes âgées.**

# CONCLUSION 1

Avec l'âge, les maladies s'accumulent, celles de l'adulte, puis celles du grand âge.

Leur expression clinique et leur prise en charge sont modifiées.

Le patient âgé peut souffrir de plusieurs maladies associées de façon aléatoire, mais aussi de pathologies intriquées, comme le diabète qui a des répercussions sur tous les organes.

## CONCLUSION 2

Les pathologies en cascade sont dues au fait que chez le patient âgé plusieurs effets peuvent se combiner, voire se potentialiser-dans des proportions variables :

- l'effet du vieillissement sur l'organe ,
- l'existence d'une pathologie précise touchant cet organe, voire de plusieurs ,
- la survenue d'une cause précipitante, souvent extérieure à l'organe considéré



## CONCLUSION 3

Guérir cette dernière cause rétablira le patient.

La défaillance multiviscérale est l'enchaînement de complications touchant peu à peu,

dans un contexte d'inflammation,

tous les systèmes jusqu'au décès.

Elle peut guérir si le facteur étiologique disparaît

# Références bibliographiques

- 1- Corpus de gériatrie Collège national des enseignants de gériatrie, 2M2 janvier 2000
- 2- <http://www.credes.fr/> Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la Santé
- 3- Troubles affectifs du sujet âgé Monographie (Rev Prat 2004 ; 54 [7] : 715-52)
- 4-Dr Matthieu Debray, Dr Catherine Bioteau Département de médecine gériatrique et communautaire, Centre hospitalier universitaire, 38043 Grenoble Cedex 09
- 5-International Association of Gerontology & Geriatrics. En ligne <https://www.iagg.info/mission>, consulté le 16 juin 2019.
6. Pepersack T. La gériatrie, une jeune spécialité. Louvain Med. 2016; 135(7): 464-467.
7. Meiboom AA, Diedrich C, De Vries H, Hertogh CM, Scheele F. The Hidden Curriculum of the Medical Care for Elderly Patients in Medical Education: A Qualitative Study. Gerontology
8. Meiboom AA, De Vries H, Hertogh CM, Scheele F. Why medical students do not choose a carrer in geriatrics: a systematic review. BMC Medical Education. 2015; 15: 101, doi: 10.1186/s12909-015-0384-4.
9. Simpson D, Leipzig RM, Sauvigné K. The 2025 Big “G” Geriatrician: Defining Job Roles to Guide Fellowship Training. J Am Geriatr Soc. 2017; 65(10): 2308–2312, doi:10.1111/jgs.14995.
10. Morley JE. Geriatricians: The Super Specialists. J Am Geriatr Soc. 2017; 65(4): 866–868, doi:10.1111/ jgs.14702.
11. Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M *et al*. Physician career satisfaction across specialties. Arch Intern Med. 2002; 162:1577–1584. doi:10.1001/ archinte.162.14.1577.

**Merci de votre attention**





