



ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE CHEZ L'AÎNÉ HOSPITALISÉ

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Août 2023

QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DE LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE CHEZ L'AÎNÉ ?

L'évaluation gériatrique complète de la personne âgée comprend de multiples domaines (condition physique et médicale, situation sociale, état fonctionnel, cognition, nutrition, pharmacothérapie, continence, chutes, santé mentale, douleur et sommeil)¹. La *Loi sur la pharmacie* encadre l'évaluation de la condition physique et mentale du patient dans le but de s'assurer de l'usage approprié de ses médicaments². Plusieurs composantes de cette évaluation chez la personne âgée sont semblables à celles de l'adulte, mais il faut tenir compte de certaines particularités détaillées ci-dessous. Il est toutefois important, lors de cette évaluation, que le pharmacien distingue les changements normaux associés au vieillissement des changements pathologiques (p. ex. : un nouvel apprentissage nécessitant normalement plus de temps en comparaison à une confusion *de novo*) afin d'intervenir adéquatement et d'éviter d'attribuer un changement pathologique au vieillissement seul, auquel cas il s'agirait d'une forme d'âgisme^{3,7}.

Il est important de faire participer les proches aidants à l'évaluation de l'aîné lorsque des barrières à la communication sont présentes, notamment en présence d'atteintes neurocognitives. Les syndromes gériatriques doivent être systématiquement recherchés étant donné leur prévalence élevée. Ce sont souvent les seuls symptômes par lesquels une maladie se présente. Plusieurs problèmes peuvent survenir de façon atypique chez l'aîné, c'est-à-dire sous forme de symptômes non spécifiques (p. ex. : fatigue, confusion, agitation)^{4,5}. Outre l'aidant naturel, il est primordial d'interroger aussi le patient âgé sur la présence de signes anormaux, car ces patients considèrent parfois que leurs problèmes sont bénins ou liés au vieillissement et croient ainsi qu'aucune prise en charge n'est nécessaire⁶.

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS À ÉVALUER PENDANT L'EXAMEN PHYSIQUE DE L'AÎNÉ ?

Voici les éléments particuliers à évaluer pendant l'examen physique de l'aîné⁷.

- **Signes vitaux** : absence de fièvre possible malgré une infection; dépistage de l'hypotension orthostatique (*voir* apesquebec.org/hto).
- **Examen neurologique et moteur** : attention particulière à la démarche, à l'équilibre et à la force musculaire; vérifier la présence d'effets extrapyramidaux si un médicament est possiblement en cause (p. ex. : roue dentée; démarche à petits pas ou ralentie; tremblements).
- **Symptômes anticholinergiques** : questionner le patient sur les symptômes anticholinergiques (p. ex. : xérophtalmie, vision brouillée, xérostomie, difficulté à uriner, constipation, problèmes de concentration).
- **Syndromes gériatriques** : repérer les syndromes gériatriques, notamment à l'aide des signes AINEES (*voir ci-dessous*).
- **Autres signes** : détecter les signes évoquant des troubles sociaux ou fonctionnels (p. ex. : négligence sur le plan de l'hygiène ou des soins des pieds).

QUELS SONT LES PRINCIPAUX SYNDROMES GÉRIATRIQUES ?

Un syndrome gériatrique se caractérise par un état de santé multifactoriel associé à une morbidité importante et à des conséquences cliniques défavorables chez l'aîné, telles que la dépendance, l'institutionnalisation ou le décès^{8,9}. La liste des syndromes gériatriques varie dans la littérature, mais les plus fréquents sont **les chutes, les troubles de la marche et de l'équilibre, le délirium, la perte d'autonomie, le déclin cognitif, la perte de poids, l'incontinence urinaire ou la dépression**^{7,13}.

La fragilité (*voir* apesquebec.org/fragilite) représente un facteur de risque élevé des syndromes gériatriques. Ces derniers ont la particularité de posséder plusieurs facteurs de risque communs. Par exemple, un âge avancé, un déficit cognitif, une atteinte fonctionnelle ou une diminution de la mobilité constituent tous des facteurs de risque de chutes, mais aussi de délirium ou de perte d'autonomie⁷. Les préjudices liés à la polypharmacie ont également été suggérés comme syndrome gériatrique par certains auteurs. En effet, la polypharmacie chez les aînés comporte des facteurs de risque communs aux autres syndromes ainsi que des conséquences cliniques négatives similaires¹⁰.

QUELLE EST L'UTILITÉ DES SIGNES « AINEES » DANS L'ÉVALUATION ET LE SUIVI DES PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES ?

L'acronyme AINEES fait référence aux éléments suivants : **autonomie** et mobilité, **intégrité** de la peau, **nutrition** ou hydratation, **élimination**, **état cognitif** et comportement, et **sommeil**. Les signes cliniques AINEES ciblent les aspects de la santé à surveiller lors de l'évaluation gériatrique de la condition physique et mentale¹¹. Son utilisation doit être privilégiée dans toutes les étapes d'un parcours de soins. Lors de l'évaluation initiale, ces éléments permettent de se renseigner sur l'état de santé et le fonctionnement habituels du patient afin d'orienter les objectifs de soins. De plus, la vérification de ces signes de façon continue (au moins une fois par jour en milieu de soins de courte durée) permet de comparer ces différents aspects à leur niveau antérieur (avant l'épisode de soins et depuis la dernière évaluation). Des changements de ces signes cliniques peuvent signifier qu'il y a apparition d'une complication ou d'une détérioration de l'état clinique du patient pouvant entraîner un déclin fonctionnel. Une évaluation doit alors être déclenchée rapidement^{11,12}. Par exemple, de 30 à 50 % des patients ayant des troubles de mobilité légers avant l'admission peuvent subir des pertes fonctionnelles après avoir été alités pendant aussi peu que 24 heures, d'où l'importance de la mobilité dans les signes AINEES³.

QUEL EST LE RÔLE DU PHARMACIEN LORS DE L'ÉVALUATION DES SIGNES « AINEES » ?

Peu importe son milieu de pratique clinique (ambulatoire ou hospitalier), le pharmacien peut se servir des signes AINEES pour effectuer son évaluation et ainsi prévenir ou déceler les détériorations de l'état clinique¹¹. Le tableau 1 décrit ces signes et donne des outils d'évaluation pour chaque signe ainsi que des exemples de médicaments à réévaluer en cas de changements. Au besoin, le pharmacien pourra diriger le patient vers le professionnel de la santé le plus approprié.

Tableau 1. Évaluation globale à l'aide des signes cliniques AINEES^{†3,5,13-15}

Aspects à surveiller (avec syndrome gériatrique ou problèmes associés)	Évaluation clinique (exemples d'outils d'évaluation ou de questions)	Exemples de médicaments à réévaluer en présence de signes anormaux (liste non exhaustive par ordre alphabétique)
<p>A – AUTONOMIE (voir la fiche du MSSS sur le déclin fonctionnel dans les AVQ) ET MOBILITÉ (voir la fiche du MSSS sur le syndrome d'immobilisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'autonomie fonctionnelle (AVQ et AVD) et de la mobilité, y compris du risque de chutes, des troubles de la marche et de l'équilibre L'évaluation de la douleur est essentielle en raison de sa prévalence élevée chez l'aîné et de son effet sur le fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous besoin d'aide pour l'habillage, l'hygiène, le bain, la marche, l'alimentation ? Gestion des médicaments Multiplés échelles disponibles (voir les liens dans la section Ressources utiles)[‡] Trouble de la marche et de l'équilibre, chutes <ul style="list-style-type: none"> Vitesse de marche, TUG, test de Berg[‡] Avez-vous chuté au cours de la dernière année ? Vous sentez-vous parfois instable en vous levant ou en marchant ? Avez-vous peur de chuter ou de tomber ? Dépistage de l'hypotension orthostatique Douleur : échelle adaptée si l'auto-évaluation est impossible (p. ex. : en cas de trouble neurocognitif modéré ou avancé à l'aide des outils PACSLAC-F ou PAINAD) 	<ul style="list-style-type: none"> Hypoglycémifiants Médicaments agissant sur le SNC (sédation, effets extrapyramidaux, ataxie, étourdissements, ralentissement psychomoteur) Médicaments anticholinergiques (risque de chute, vision brouillée, trouble cognitif) Médicaments arythmogènes (bradycardie, prolongation de l'intervalle QTc) Non-adhésion au traitement médicamenteux contribuant à une maîtrise sous-optimale (maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque) Statines (myopathies) Surtraitemement de l'hypertension ou de l'hypotension orthostatique (voir apesquebec.org/hto)

ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE CHEZ L'AÎNÉ HOSPITALISÉ

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Août 2023

Tableau 1. Évaluation globale à l'aide des signes cliniques AINEES^{†3,5,13-15} (suite)

Aspects à surveiller (avec syndrome gériatrique ou problèmes associés)	Évaluation clinique (exemples d'outils d'évaluation ou de questions)	Exemples de médicaments à réévaluer en présence de signes anormaux (liste non exhaustive par ordre alphabétique)
<p>I – INTÉGRITÉ DE LA PEAU (voir la fiche du MSSS sur les plaies de pression)</p> <p>Évaluation et prévention des plaies de pression ciblant les principaux facteurs de risque (p. ex. : mobilité, frottement, humidité ou incontinence, nutrition ou hydratation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Échelle de Braden (perception sensorielle, humidité, activité physique, mobilité, nutrition, friction ou cisaillement) ■ Attention particulière à certains signes, tels que rougeurs, peau ou muqueuses sèches, ecchymoses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments réduisant le degré de vigilance (capacité à se tourner ou à se mobiliser; à ressentir l'inconfort ou la douleur et à l'exprimer; à se nourrir ou à s'hydrater adéquatement) ■ Médicaments anticholinergiques ou diurétiques (peau ou muqueuses sèches), antiplaquetaires ou anticoagulants (ecchymoses) ■ Agents topiques asséchants (p. ex. : gel à base d'alcool) ou corticostéroïdes (atrophie cutanée)
<p>N – NUTRITION (voir la fiche du MSSS sur la dénutrition) ET HYDRATATION (voir la fiche du MSSS sur la déshydratation)</p> <p>Prévention et dépistage de la dénutrition, de la perte de poids et de la déshydratation. Considérer le dépistage et l'évaluation de la dysphagie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dénutrition et perte de poids <ul style="list-style-type: none"> ● ↓ poids ≥ 5 % depuis 1 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel OU ● IMC ≤ 20 kg/m² à l'admission OU ● ↓ poids ≥ 2 % en 1 semaine d'hospitalisation ■ Attention à la sarcopénie (masse et force musculaires), à la toux après avoir bu, mangé ou pris des médicaments ■ Questions liées à l'Outil canadien de dépistage nutritionnel <ul style="list-style-type: none"> ● Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans le vouloir ? ● Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude ? ■ Signes de déshydratation : peau ou muqueuses sèches, urine peu abondante ou foncée, hypotension ou hypotension orthostatique, tachycardie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adapter les traitements pharmacologiques en cas de dysphagie (voir apesquebec.org/dysphagie) ■ Médicaments nuisant à différents aspects de la nutrition <ul style="list-style-type: none"> ● Agonistes des récepteurs du GLP-1, bupropion, psychostimulants (↓ appétit, perte de poids) ● AINS, bisphosphonates par voie orale, dabigatran (dyspepsie) ● Anticholinergiques (sécheresse buccale) ● Antipsychotiques (dysphagie) ● Diurétiques (déshydratation) ● Méthotrexate (stomatite) ● Métronidazole (dysgueusie)
<p>É – ÉLIMINATION</p> <p>Prévention et traitement de la constipation et de la diarrhée, y compris du fécalome et de l'incontinence fécale (voir la fiche du MSSS sur la constipation et le fécalome) et des troubles d'élimination urinaire, dont l'incontinence urinaire et la rétention urinaire (voir la fiche du MSSS sur l'incontinence urinaire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Constipation ou incontinence fécale (exemples d'éléments à vérifier) <ul style="list-style-type: none"> ● Fréquence des selles ● Difficultés à la défécation ● Perte involontaire de selles ● Abdomen distendu ou douleurs abdominales ● Rappel : La constipation peut se manifester par la présence de fausses diarrhées ■ Incontinence urinaire <ul style="list-style-type: none"> ● Avez-vous eu des pertes d'urine involontaires au cours de la dernière année ? Si oui, à quelle fréquence (p. ex. : pertes sur au moins six jours différents) et dans quel contexte (fréquence urinaire, miction impérieuse ou nycturie) ? Devez-vous porter des protections ou des culottes d'incontinence ? ● Questionnaire : The 3 incontinence questions (3IQ) ■ Rétention urinaire (exemples d'éléments à vérifier) <ul style="list-style-type: none"> ● Globe vésical ● Résidu post-mictionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Constipation ou incontinence fécale <ul style="list-style-type: none"> ● BCC non dihydropyridiniques ● Médicaments anticholinergiques ● Opioïdes, lopéramide et antispasmodiques ● Suppléments de calcium ou de fer ■ Incontinence urinaire <ul style="list-style-type: none"> ● AINS, gabapentinoïdes et BCC (œdème périphérique avec retour veineux la nuit) ● Diurétiques au coucher (nycturie) ou inhibiteurs du SGLT2 ● Hydratation intraveineuse ● IECA (toux) ● Médicaments diminuant l'état de vigilance et la capacité à se rendre à la toilette ■ Rétention urinaire <ul style="list-style-type: none"> ● Médicaments avec propriétés anticholinergiques

ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE CHEZ L'ÂÎNÉ HOSPITALISÉ

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Août 2023

Tableau 1. Évaluation globale à l'aide des signes cliniques AINEES^{†3,5,13-15} (suite)

Aspects à surveiller (avec syndrome gériatrique ou problèmes associés)	Évaluation clinique (exemples d'outils d'évaluation ou de questions)	Exemples de médicaments à réévaluer en présence de signes anormaux (liste non exhaustive par ordre alphabétique)
<p>E – ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENT</p> <p>Évaluation des sphères cognitive, affective et comportementale pour détecter un délirium (voir la fiche du MSSS sur le délirium), un trouble cognitif ou de l'humeur ou des SCPD ou en faire le suivi (voir la fiche du MSSS sur l'agitation dans les démences)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Signes de délirium <ul style="list-style-type: none"> • Patient inattentif, changement récent d'état mental, fluctuation • Outil CAM [Island Health, 2014] ■ TNC : multiples échelles, dont MMSE, MoCA, et Mini-Cog ■ SCPD [MSSS, 2014] <ul style="list-style-type: none"> • Grille d'observation du comportement • Inventaire neuropsychiatrique • Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Changements pharmacologiques récents (p. ex. : ajout ou cessation d'un médicament, réduction ou augmentation de la posologie) ■ Corticostéroïdes systémiques ■ Médicaments agissant sur le SNC (p. ex. : benzodiazépines et hypnotiques de type Z, opioïdes, etc.) ■ Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques ■ Symptômes de sevrage (y compris sevrage de l'alcool)
<p>S – SOMMEIL (voir la fiche du MSSS sur l'insomnie)</p> <p>Évaluation des troubles du sommeil (p. ex. : insomnie, trouble du rythme circadien et parasomnies, trouble du sommeil paradoxal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Habitudes de sommeil (préhospitalisation) ? ■ Difficultés à s'endormir ? Réveils nocturnes ? Réveil matinal précoce ? Siestes diurnes ? ■ Inversion du cycle veille-sommeil ? ■ État d'éveil lors de l'évaluation clinique ? ■ Rêves agités ? Fourmillements ou crampes nocturnes ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bronchodilatateurs (p. ex. : salbutamol régulier) ■ Corticostéroïdes systémiques ■ Diurétiques (nycturie) ■ Psychostimulants, timbre de nicotine ■ Sevrage (prise d'hypnotiques ou de sédatifs chroniques avant l'admission, prise d'alcool)

Signes et abréviations : AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; AVD : activités de la vie domestique; AVQ : activités de la vie quotidienne; BCC : bloqueurs des canaux calciques; GLP-1 : peptide-1 apparenté au glucagon; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence; SGLT2 : cotransporteur sodium-glucose de type 2; SNC : système nerveux central; TNC : trouble neurocognitif; TUG : *Timed Up and Go*.

Légende :

†À noter que ce tableau propose des éléments visant à favoriser la détection des problèmes, mais n'aborde pas leur prise en charge (évaluation des causes, plan d'interventions).

#Le pharmacien peut faire lui-même certaines évaluations (p. ex. : observation de la marche; vitesse de marche). Toutefois, dans la pratique clinique, des évaluations détaillées sont effectuées par l'équipe interdisciplinaire. Le pharmacien doit en intégrer le résultat dans son évaluation pharmacothérapeutique (p. ex. : risque de chute détecté à la suite d'un TUG ou test de Berg effectué par un physiothérapeute).

RESSOURCES UTILES

- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence du MSSS
 - Fiches cliniques inspirées des signes AINEES
 - Interventions pour la clientèle âgée – Unité de soins – Aide-mémoire
- L'évaluation des personnes âgées : site Web francophone de l'Université d'Ottawa proposant plusieurs outils d'évaluation gériatrique.
- Geriatric Assessment Tools : site Web anglophone regroupant plusieurs outils d'évaluation gériatrique.
- Interprofessional Comprehensive Geriatric Toolkit : site Web anglophone sur les composantes de l'évaluation gériatrique complète.

ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE CHEZ L'AÎNÉ HOSPITALISÉ

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Août 2023

RÉDACTION ET CONSULTATIONS

Auteurs

Par ordre alphabétique

Katherine Desforges, B. Pharm., M. Sc., BCGP, pharmacienne et secrétaire du RPE en gériatrie, site Glen du CUSM. Professeure adjointe de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Alexandre Lahaie, Pharm. D., M. Sc., pharmacien et adjoint au chef du Département de pharmacie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Louise Papillon-Ferland, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Professeure adjointe de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Rachel Rouleau, B. Pharm., M. Sc., FOPQ, pharmacienne et chercheuse associée, Vitam-Centre de recherche en santé durable. Professeure de clinique à la Faculté de pharmacie et au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université Laval

Révisure

D^{re} Lucie Boucher, M.D., gériatre et cheffe du Département de gériatrie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Lectrice externe

Louise Mallet, B. Sc. Pharm., Pharm. D., FESCP, FOPQ, pharmacienne en gériatrie, site Glen du CUSM. Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, et rédactrice adjointe, *Pharmactuel* (au moment de la relecture)

Coordination et révision

François E. Lalonde, B. Pharm., M. Sc., pharmacien et adjoint professionnel à la direction générale, A.P.E.S.

Avec la collaboration de

Par ordre alphabétique

François Desjardins, agent de communication, A.P.E.S.

Jacqueline Dionne, adjointe administrative, A.P.E.S.

Martine Picard, M. A., réviseuse linguistique

Annie Roy, avocate et directrice des services administratifs et juridiques, A.P.E.S.

Le présent document a été validé par les membres du Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'A.P.E.S. Les auteurs, les réviseurs et l'A.P.E.S. déclinent toute responsabilité pour toute information désuète en raison de nouvelles découvertes dans ce domaine ou pour toute omission ou toute erreur dans le texte. L'utilisation du genre masculin a été retenue uniquement pour faciliter la lecture du document et n'a aucune intention discriminatoire.

La diffusion et la reproduction totale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, sont interdites sans une autorisation préalable de l'A.P.E.S. Il est toutefois possible de diffuser ou de reproduire sans autorisation l'adresse URL du document : apesquebec.org/evalconditiongeriatrie

Pour citer ce document : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Évaluation de la condition physique et mentale chez l'ainé hospitalisé. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2023. 5 p.

A.P.E.S.

4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1
Téléphone : 514 286-0776
Télécopieur : 514 286-1081
Courriel électronique : info@apesquebec.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
Bibliothèque et Archives Canada, 2023
ISBN 978-2-925150-15-2 (PDF)
© A.P.E.S., 2023

RÉFÉRENCES

À noter que les références **5, 13, 15** sont fortement recommandées au lecteur.

1. Regional geriatric programs of Ontario. Interprofessional comprehensive geriatric assessment toolkit. [en ligne] <https://cga-toolkit.ca> (site visité le 18 mars 2023).
2. Loi sur la pharmacie, RLRQ, c. P-10, art. 17. Disponible à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/P-10.pdf> (consulté le 18 mars 2023).
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence. Québec, Québec : MSSS;2011. 205 p. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf> (consulté le 18 mars 2023).
4. Rehman H, Qazi S. Atypical manifestations of medical conditions in the elderly. *CGS J CME* 2013;3:17-24.
5. **Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. *Med Clin North Am* 2015;99:263-79.**
6. World Health Organization. Global report on ageism. Genève : OMS ; 2021. 202 p. [en ligne] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866> (site visité le 18 mars 2023).
7. Lacombe G. L'évaluation clinique. Dans : Lussier D, Massoud F, rédacteurs. Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert. 4e éd. Montréal: Edisem; 2022. p.183-69.
8. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:780-91.
9. Won CW, Yoo HJ, Yu SH, Kim CO, Dumlao LCI, Dewiasty E et coll. Lists of geriatric syndromes in the asian-pacific geriatric societies. *European Geriatric Medicine* 2013;4:335-8.
10. Stevenson JM, Davies JG, Martin FC. Medication-related harm: a geriatric syndrome. *Age Ageing* 2019;49 :7-11.
11. Lafrenière S, Dupras A. Les Signes « AINÉES », partie 1 – L'histoire de Mme Rose. *Perspective infirmière* 2014;11:46-51.
12. Lafrenière S, Dupras A. Les Signes « AINÉES », partie 2 – L'histoire de Mme Rose. *Perspective infirmière* 2014;11:48-54.
13. **Gonzalez MA, Miller RK, Michener AR. Overview of high yield geriatrics assessment for clinic and hospital. *Med Clin North Am* 2020;104:777-89.**
14. Lexi-Drugs. Monographies (multiples). Lexicomp. Wolters Kluwer;2022. [en ligne] <https://online.lexi.com/lco/action/home?refid=48> (site visité le 18 mars 2023).
15. **Tatum Iii PE, Talebreza S, Ross JS. Geriatric assessment: an office-based approach. *Am Fam Physician* 2018;97:776-84.**