

CF-76-Gériatrie-QCM-EVC-2025

Q 1. Un homme de 86 ans, hypertendu, en fibrillation atriale chronique et atteint d'une maladie d'Alzheimer, bénéficie d'une IRM cérébrale réalisée dans un contexte de bilan cognitif.

Parmi les anomalies suivantes, laquelle (lesquelles) est(sont) habituellement retrouvées sur l'IRM dans ce contexte clinique ?

- a) Une atrophie hippocampique
 - b) Une atrophie du mésencéphale
 - c) Des lésions de la substance blanche
 - d) Une atrophie cortico-sous corticale avec dilatation ventriculaire
 - e) Un hypersignal cortical en séquence de diffusion
-

Q 2. Parmi les propositions suivantes concernant les examens biologiques sanguins à faire en première intention devant une hypercalcémie symptomatique chez un patient âgé, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) Glycémie à jeun
 - b) Albuminémie
 - c) Electrophorèse des protéines sanguines
 - d) Dosage de la Parathormone
 - e) Dosage de la Kaliémie
-

Q 3. Parmi les propositions suivantes concernant les idées suicidaires chez la personne âgée, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) La crise suicidaire est caractérisée par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes
 - b) Il ne faut pas rechercher les idées suicidaires chez un patient déprimé car cela augmente le risque de passage à l'acte
 - c) C'est chez l'homme âgé, que la prévalence du suicide abouti est la plus élevée
 - d) L'existence d'un scénario suicidaire est un facteur de risque de passage à l'acte
 - e) Les idées suicidaires n'existent pas chez les patients atteints de troubles neuro-cognitifs majeurs
-

Q 4. Parmi les propositions suivantes concernant le vieillissement des organes des sens, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) Le glaucome est une opacification progressive de la cornée
 - b) Un test simple permet de dépister les premiers symptômes de DMLA : la grille d'Amsler.
 - c) La cataracte n'entraîne pas de baisse de l'acuité visuelle.
 - d) La presbyacousie affecte d'abord les fréquences graves
 - e) Lorsque l'audiométrie tonale et vocale dans le silence est normale, l'audiométrie vocale dans le bruit peut révéler une presbyacousie débutante
-

Q 5. Parmi les propositions suivantes concernant le vieillissement cognitif physiologique, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) Pour parler de troubles neuro-cognitifs majeurs, il faut qu'ils retentissent sur l'autonomie des personnes
 - b) Des difficultés à évoquer des noms propres au cours du vieillissement sont évocatrices de maladie d'Alzheimer
 - c) Les patients ayant une maladie d'Alzheimer typique n'ont pas de plainte mnésique
 - d) En dehors de toute maladie de la mémoire, les personnes âgées sont habituellement moins performantes que les adultes jeunes dans la réalisation des épreuves en double tâche
 - e) La mémoire procédurale s'altère fortement après l'âge de 80 ans
-

Q 6. Parmi les propositions suivantes concernant les soins palliatifs gériatriques, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) Les soins palliatifs se définissent par l'arrêt de tout traitement actif.
 - b) La loi Claeys Leonetti a instauré le droit à la « sédation profonde et continue ».
 - c) Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) peuvent se trouver dans des services de médecine gériatrique ou de SMRG (soins médicaux et de réadaptation gériatrique)
 - d) La scopolamine est couramment utilisée en soins palliatifs pour lutter contre l'encombrement bronchique terminal et les râles agoniques
 - e) La majorité des français expriment le souhait de mourir à domicile mais la majorité des décès ont lieu à l'hôpital
-

Q 7. Parmi les propositions suivantes concernant la sauvegarde de justice, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) La personne sous sauvegarde de justice conserve le droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, sauf ceux confiés au mandataire spécial s'il a été nommé
 - b) Elle permet d'anticiper sa représentation dans le cas où la personne ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté
 - c) Elle permet de choisir à sa place le lieu de vie de la personne protégée
 - d) Elle permet l'annulation d'actes contraires à l'intérêt du majeur
 - e) Le médecin en charge du patient peut, à sa seule initiative, déclencher la mise sous sauvegarde de justice médicale de son patient
-

Q 8. Parmi les propositions suivantes concernant la prescription médicamenteuse des psychotropes chez le sujet âgé, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) La Fluoxétine peut être à l'origine d'une hyponatrémie par sécrétion inappropriée d'ADH
 - b) Le Tiapride peut entraîner un syndrome extrapyramidal
 - c) La Risperidone est pourvoyeuse d'hypertension artérielle
 - d) L'arrêt brutal de l'Alprazolam peut entraîner un syndrome de sevrage
 - e) Le Tramadol associé à la paroxétine peut être à l'origine d'un syndrome sérotoninergique
-

Q 9. Parmi les propositions suivantes concernant les critères d'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) Etre de nationalité française
 - b) Avoir un GIR entre 1 et 4
 - c) Etre en ALD
 - d) Avoir des revenus inférieurs à 1500 euros par mois
 - e) Ne pas vivre en EHPAD
-

Q 10. Vous décidez de prescrire de la ceftriaxone comme antibiothérapie probabiliste. L'infirmière vous rapporte qu'elle n'arrive pas à poser une voie intraveineuse. Parmi les propositions suivantes concernant l'administration sous cutanée (SC) de la ceftriaxone, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) C'est une pratique qui a récemment obtenu une autorisation de mise sur le marché
 - b) Elle est contre indiquée en cas de sepsis sévère
 - c) Le point de ponction sous cutané doit être vérifié au moins une fois par jour
 - d) La posologie est la même pour la voie SC et la voie IV
 - e) Il faut privilégier un relai per os à 48h si cela est possible
-

Q 11. Parmi les propositions suivantes concernant la perfusion sous-cutanée, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) Le volume de perfusion maximal est de 1000 mL/ jour/ site d'injection
 - b) Elle n'induit pas de complication infectieuse
 - c) Une solution de Glucosé 2,5% + 4 g/L de NaCl (276 mOsm/L) peut être administrée par voie sous-cutanée
 - d) Un traitement anticoagulant est une contre-indication absolue à l'usage de la voie sous-cutanée
 - e) Elle peut être réalisée à domicile ou en EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
-

Q 12. Parmi les propositions suivantes concernant les étapes du processus d'une décision de limitation des thérapeutiques actives, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) La décision peut être prise par le médecin en charge du patient seul, sans concertation, lorsque le pronostic est jugé péjoratif à court terme
 - b) L'évaluation médicale porte sur la situation clinique, le pronostic, la proportionnalité des soins et le risque d'obstination déraisonnable
 - c) Lorsque des directives anticipées existent, elles s'imposent dans tous les cas au médecin en charge du patient
 - d) Une discussion collégiale doit être menée, incluant l'équipe soignante, et, comme consultant, un médecin extérieur à l'équipe et sans lien hiérarchique avec le médecin en charge du patient
 - e) Dans le cas où aucune personne de confiance n'a été désignée, la famille et les proches du patient doivent être consultés
-

Q 13. Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge des comportements sexuels inappropriés chez un patient atteint de maladie neurodégénérative, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) La prescription d'un neuroleptique est recommandée en première intention
 - b) La prescription d'acétate de cyprotérone nécessite une évaluation de son efficacité quatre semaines à partir de la dose optimale
 - c) La prescription d'acétate de médroxyprogestérone nécessite de surveiller le risque d'hyperglycémie
 - d) La communication avec l'entourage et l'éducation des aidants sont essentielles pour gérer les comportements et limiter le stress familial
 - e) La prescription d'acétate de médroxyprogestérone est associée à un risque de méningiome
-

Q 14. Parmi les propositions suivantes concernant les critères phénotypiques de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois
 - b) Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine
 - c) Perte de poids $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
 - d) IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$
 - e) Sarcopénie confirmée
-

Q 15. Parmi les propositions suivantes concernant la déshydratation chez la personne âgée, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) La soif est un signe fiable de déshydratation chez la personne âgée
 - b) Chez la personne âgée, le pli cutané doit être recherché de préférence au niveau de l'avant-bras
 - c) Une élévation de l'urée plasmatique avec créatinine normale peut orienter vers une déshydratation extracellulaire
 - d) Une hyperkaliémie isolée est un signe biologique précoce de déshydratation chez la personne âgée
 - e) Une hypernatrémie (> 145 mmol/L) est évocatrice d'une déshydratation hypertonique (intracellulaire)
-

Q 16. Parmi les propositions suivantes concernant les médicaments pouvant être responsables d'un syndrome confusionnel du fait de leurs propriétés anticholinergiques, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Oxybutynine (Ditropan®)
 - b) Dextropropoxyphène (Ibuprofen®)
 - c) Ipratropium (Atrovent®)
 - d) Hydroxyzine (Atarax®)
 - e) Esoméprazole (Inexium®)
-

Q 17. Parmi les propositions suivantes concernant le syndrome post-chute ou syndrome de désadaptation psychomotrice, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- a) Il impose toujours une hospitalisation en urgence
 - b) A l'examen on retrouve une rétropulsion pouvant rendre la station debout impossible sans aide humaine
 - c) Si le patient peut marcher, la marche est à petits pas glissés
 - d) Une anxiété majeure est déclenchée par la verticalisation
 - e) Une hypertonie extrapyramidale ou oppositionnelle, le plus souvent axiale, peut être présente
-

Q 18. Vous recevez en consultation mémoire Mme G, âgée de 77 ans, accompagnée de sa fille. Elle est retraitée, a exercé le métier d'infirmière de bloc opératoire puis cadre de santé. Elle a comme seule comorbidité une hypertension artérielle sous amlodipine. Sa mère a eu une maladie de Parkinson idiopathique à l'âge de 70 ans, et son père est décédé jeune d'un accident professionnel. Elle présente une plainte mnésique, qui l'inquiète, ainsi que son entourage.

Dans votre anamnèse et examen physique, quel(s) serait(ent) le(s) élément(s) le(s) en défaveur du diagnostic de maladie d'Alzheimer commune ?

- a) Présence d'hallucinations visuelles récurrentes
 - b) Présence d'une désinhibition comportementale au premier plan
 - c) Aggravation insidieuse des troubles mnésiques sur plusieurs années
 - d) Présence de fluctuations significatives cognitives et de la vigilance
 - e) Présence d'un trouble isolé du stockage en mémoire épisodique
-

Q 19. Mme G (celle du QCM précédent) présente une apathie, sans anhédonie. Le sommeil est de bonne qualité, sans agitation nocturne, et elle n'a pas d'hallucination visuelle. L'examen neurologique ne retrouve pas de syndrome parkinsonien, l'examen cardiovasculaire est normal et ne retrouve pas d'hypotension orthostatique. Son poids est stable et elle a bon appétit.

L'examen des fonctions cognitives est le suivant :

- **MMSE 27/30, perte de 2 points au rappel des 3 mots et 1 point au calcul**
- **Test des 5 mots 8/10, une intrusion en rappel total**
- **Pas de défaut de dénomination orale, fluences considérées dans les normes**
- **Pas d'apraxie gestuelle ni visuo-constructive**
- **BREF 17/18 (perte d'un point à l'épreuve Go-No Go), test de l'horloge montrant une bonne capacité de planification et d'organisation**

Elle est indépendante pour les activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne.

Parmi les propositions suivantes concernant les résultats de l'évaluation des fonctions cognitives de Mme G, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Le résultat du test des 5 mots suggère une atteinte du stockage en mémoire épisodique auditivo-verbale.
 - b) Les intrusions sont habituelles dans l'amnésie de type hippocampique.
 - c) Ce profil est typiquement rencontré dans l'état dépressif caractérisé
 - d) La patiente présente un trouble neurocognitif mineur amnésique
 - e) Le profil de la patiente nécessite la réalisation d'une TEP-FDG cérébrale
-

Q 20. Vous décidez avec l'accord de Mme G (celle du QCM précédent) de réaliser une ponction lombaire. Parmi les propositions suivantes concernant les biomarqueurs du liquide céphalo-rachidien, quel(les) est (sont) celui (celles) qui est (sont) en faveur du diagnostic de maladie d'Alzheimer ?

- a) Peptide amyloïde A β 42 bas
 - b) Ratio amyloïde A β 42/A β 40 élevé
 - c) Protéine tau phosphorylée élevée
 - d) Présence de bandes oligoclonales
 - e) Protéine tau totale élevée
-

Q 21. Vous voyez en consultation Mme S, 85 ans, accompagnée par sa fille, et qui vous est adressée pour des troubles de la marche avec chutes à répétition. Elle vit seule à domicile dans un appartement au deuxième étage sans ascenseur. Elle marche avec une canne simple et décrit des chutes de plus en plus fréquentes sans prodrome et jusqu'alors sans complication grave. Elle arrive à se relever seule.

Elle présente comme antécédents principaux : une fibrillation atriale anticoagulée, un diabète de type 2, une HTA et une gonarthrose gauche.

Son traitement comporte : apixaban 2.5 mg 1-0-1, metformine 500 mg 1-1-1, rampril 2.5mg 0-0-1, paracétamol si douleur.

Vous réalisez un examen clinique complet chez cette patiente ainsi que des tests cliniques de la marche avec un appui unipodal tenu moins de 5 secondes, un Timed-up and go test à 25 secondes et une vitesse de marche à 0,7 m/s. Le Stop Walking when talking test est sans particularité. La recherche d'hypotension orthostatique est négative.

Parmi les propositions suivantes concernant l'évaluation de la marche de Mme S, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) La vitesse de marche est normale pour l'âge
 - b) L'appui unipodal de la patiente est associé à un haut risque de chute traumatisante
 - c) Le Timed Up and Go Test doit être réalisé sans aide technique pour pouvoir être interprété
 - d) Si l'anamnèse est évocatrice, il peut être utile de chercher à nouveau l'hypotension orthostatique
 - e) Les chutes répétées contre-indiquent l'usage de l'apixaban
-

Q 22. L'examen neurologique de Mme S (celle du QCM précédent) retrouve une abolition bilatérale des réflexes ostéotendineux au niveau achilléen et rotulien, une diminution de la sensibilité des membres inférieurs en distalité sans perte motrice associée, et sans steppage à la marche. Le Romberg est positif à la fermeture des yeux.

Parmi les propositions suivantes, quel(s) diagnostic(s) est/sont le(s) plus probable(s) pour expliquer les troubles de la marche de cette patiente ?

- a) Polyneuropathie périphérique
 - b) Maladie de Parkinson débutante
 - c) Paraparésie spastique
 - d) Atteinte vestibulaire périphérique
 - e) Syndrome cérébelleux statique
-

Q 23. Parmi les propositions suivantes concernant les mesures à prendre prioritairement pour limiter le risque de chute chez Mme S (celle du QCM précédent), laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Prescription de kinésithérapie combinant travail de l'équilibre, renforcement musculaire, et entraînement à la marche
 - b) Adaptation du domicile et suppression des facteurs environnementaux pouvant favoriser les chutes
 - c) Prescription d'un traitement par un inhibiteur de la cholinestérase pour améliorer l'attention
 - d) Conseils pour un chaussage adapté
 - e) Port de bas de contention pour prévenir les chutes liées à une possible hypotension orthostatique
-

Q 24. Mme B, 88 ans, a été opérée d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur droit ce matin (pose d'un clou gamma). Elle est à jeun depuis 48 heures car le bloc a été repoussé à deux reprises. Son traitement habituel comprend amlodipine 10 mg, bromazepam 6mg le soir, glicazide 60mg le matin, hydrochlorothiazide 25mg par jour, escitalopram 10mg par jour, Vitamine D 50 000 UI par mois.

Elle a été admise dans le service de gériatrie en fin de journée. Ses constantes étaient correctes : TA 123/82 mmHg, fréquence cardiaque 86/min, T° 37,0°C, SaO2 96% en air ambiant. Elle était orientée dans le temps et l'espace et tenait des propos cohérents. Elle n'était pas algique. L'auscultation pulmonaire était claire et les bruits du cœur réguliers.

Vous arrivez le lendemain, vous apprenez aux transmissions que la patiente est agitée, elle a arraché sa perfusion et son pansement. Elle crie et est agressive.

Son traitement actuel comprend amlodipine 10 mg; escitalopram 10mg par jour; protocole insuline; enoxaparine 0,4ml par 24 heures; NaCl 0,9% 1000cc par 24 heures; nefopam 20mg IV toutes les 6 heures; paracétamol IV 1g toutes les 6 heures.

Parmi les propositions suivantes concernant les facteurs déclenchants possibles de cet épisode confusionnel, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Douleur
 - b) Hyponatrémie
 - c) Rétention aiguë d'urine
 - d) Hypokaliémie
 - e) Hypoglycémie
-

Q 25. Parmi les propositions suivantes concernant les facteurs déclenchants médicamenteux possibles de cet épisode

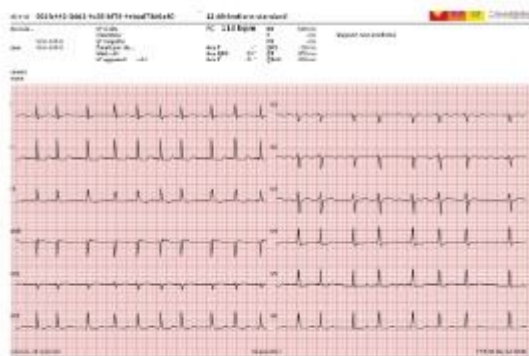
confusionnel, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Sevrage en benzodiazépine
 - b) Utilisation inappropriée d'un médicament anticholinergique
 - c) Effet indésirable du nefopam
 - d) Surdosage en paracétamol
 - e) Intolérance à l'enoxaparine
-

Q 26. Mme D., âgée de 83 ans, est admise en entrée directe en médecine gériatrique pour une dyspnée progressive depuis une semaine, sans orthopnée et une asthénie. Elle présente un antécédent d'hypertension artérielle (dernier contrôle chez le médecin traitant : 153/78 mmHg sous amlodipine 10 mg par jour et ramipril 1,25 mg le matin), d'accident ischémique transitoire il y a 3 ans traité depuis par kardegic 75 mg, et de diabète de type 2 bien équilibré depuis 5 ans sous metformine 750 mg matin et soir. L'examen physique révèle un rythme cardiaque irrégulier et une pression artérielle à 175/85 mmHg, saturation : 96 % en air ambiant, fréquence respiratoire : 18/min. L'auscultation cardiaque retrouve un souffle systolique au foyer tricuspide (2/6), et l'auscultation pulmonaire retrouve quelques crépitations et une diminution du murmure vésiculaire au niveau des bases pulmonaires, de discrets œdèmes des membres inférieurs au niveau des chevilles. Il n'y a pas de signes d'encéphalopathie, pas de sueurs, pas de signes de lutte. L'électrocardiogramme et la radiographie de thorax sont joints en annexe à la fin du sujet. La biologie réalisée le matin même, en ville, retrouve :

hémoglobinémie : 11 g/dL, leucocytes : 6 G/L, CRP : 22 mg/L, créatininémie : 125 µmol/L, (sur un bilan datant de 3 mois, la créatininémie est à 85 µmol/L), urée : 21 mmol/L, natrémie : 133 mmol/L, kaliémie : 3.5 mmol/L, NT-proBNP : 7300 ng/L, ASAT : 45 UI/L (N<30), ALAT : 65 UI/L (N<35), PAL : 250 UI/L (N< 130), GGT 75 UI/L (N < 45), bilirubinémie totale : 12 UI/L (N< 18)

Parmi les propositions suivantes concernant les examens complémentaires à demander d'emblée (délai < 24 h), laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?



ECG et RX de thorax de Mme D

- a) Scanner thoracique sans injection
- b) Echographie cardiaque trans-thoracique
- c) Echographie rénale
- d) Echographie hépatique
- e) Ponction pleurale droite

Q 27. L'infirmière souhaite poser à Mme D (celle du QCM précédent) une sonde urinaire pour faciliter la surveillance de la diurèse chez cette patiente ayant un ADL à 6/6 à domicile, sans troubles cognitifs ni argument pour un syndrome confusionnel. Vous ne souhaitez pas prescrire cette sonde urinaire.

Parmi les propositions suivantes concernant les complications possibles du sondage urinaire, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Augmentation du risque de confusion
- b) Augmentation du risque de chute
- c) Augmentation du risque de dépendance liée à l'hospitalisation
- d) Augmentation du risque de pneumopathie
- e) Augmentation du risque d'infection urinaire

Q 28. Au bout de 2 jours, Mme D (celle du QCM précédent) a une diurèse de 2,5 L / 24 heures, elle est moins dyspnéique, et elle a perdu 3 kg (poids = 65 kg, son poids habituel). Il n'y a plus de signes congestifs pulmonaires, et plus d'œdèmes.

La biologie retrouve : Hémoglobininémie : 11,3 g/dL, Leucocytes : 6,5 G/L, CRP : 14 mg/L, Créatininémie : 88 µmol/L (Clairance de la créatinine calculée par CKD-epi : 45 ml/min, Cockcroft : 46 ml/min), urée : 11 mmol/L, natrémie : 139 mmol/L, kaliémie : 4,3 mmol/L, normalisation du bilan hépatique.

Parmi les propositions suivantes concernant le traitement à prescrire à la patiente, laquelle (lesquelles) est

(sont) exacte(s) ?

- a) Rivaroxaban 20 mg le matin
 - b) Apixaban 5 mg matin et soir
 - c) Fluindione (PREVISCAN) 20 mg un cp le soir (à adapter à l'INR
 - d) Acide acétylsalicylique (KARDEGIC) 160 mg : 1 sachet le midi
 - e) Tinzaparine (INNOHEP) 11000 U/24H SC (175 UI / kg)
-

Q 29. Vous recevez les résultats de l'échographie cardiaque faite à Mme D (celle du QCM précédent): FEVG = 65 %, pas de troubles de cinétique segmentaire, discrète hypertrophie du ventricule gauche, dysfonction diastolique, veine cave inférieure compliant, dilatation biatriale. Pas de signes d'HTAP.

Vous revoyez cette patiente en consultation quelques mois plus tard, ses traitements comportent : Amlodipine 10 mg par jour, Hydrochlorothiazide 12,5 mg matin, Bisoprolol 5 mg matin, Empagliflozine 10 mg / jour, Rivaroxaban 15 mg /

jour, Furosemide 40 mg / jour, omeprazole 20 mg/ jour.

A l'examen, la pression artérielle est à 122/52 mmHg après 5 minutes de repos, 112/50 mmHg à 1 minute d'orthostatisme et 90/45 mmHg à 3 minutes

d'orthostatisme. Le poids est à 61 kg, il n'y a pas de signes congestifs, la fréquence cardiaque est à 115 / min avec un rythme irrégulier. La biologie retrouve : Hémoglobininémie : 13,3 g/dL, Leucocytes : 6,2 G/L, CRP < 5 mg/L, Créatininémie : 178 µmol/L, urée : 22 mmol/L, natrémie : 125 mmol/L, kaliémie : 4,7 mmol/L.

Parmi les propositions suivantes concernant l'interprétation de ce bilan biologique, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Il s'agit probablement d'une insuffisance rénale aiguë organique sur nécrose tubulaire aiguë
 - b) Il s'agit probablement d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle par déshydratation extracellulaire
 - c) Il s'agit probablement d'une hyponatrémie à secteur extra cellulaire diminué
 - d) Il s'agit probablement d'une hyponatrémie secondaire à l'insuffisance cardiaque
 - e) Il s'agit probablement d'une hyponatrémie secondaire à un syndrome de sécrétion inappropriée de l'ADH en lien avec l'oméprazole
-

Q 30. Parmi les propositions concernant les changements à

apporter au traitement Mme D (celle du QCM précédent), laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Suspension du furosémide
 - b) Diminution du bisoprolol à 1.25 mg
 - c) Introduction de digoxine 0.25 mg
 - d) Arrêt de l'hydrochlorothiazide
 - e) Diminution du rivaroxaban à 10 mg x 1 /jour
-

Q 31. Mme D (celle du QCM précédent) a récupéré une biologie satisfaisante (Créatininémie : 98 µmol/L, clairance CKD-epi : 39 ml/min, Cockcroft : 38 ml/min, urée : 10 mmol/L, natrémie : 135 mmol/L, kaliémie : 4,3 mmol/L) avec vos modifications thérapeutiques. Vous la revoyez en consultation un mois plus tard. Sa pression artérielle est à 145/85 mmHg, non modifiée à l'orthostatisme.

Vous apprenez que Mme D est tombée à 2 reprises sur les 15 derniers jours. Elle présente une vitesse de marche à 0,5 m/s, sa force de préhension est à 12 kg (N>17 kg), elle ne présente pas d'asthénie mais ne sort plus de chez elle et reste la majeure partie de son temps dans son canapé. Elle n'a pas d'appétit et mange peu. Son poids est de 61 kg ce qui lui fait un IMC à 21 kg/m². Son ADL est à 6/6, son IADL est à 3/4 (perte d'un point sur la gestion du budget). La Mini-GDS est à 0/4.

Parmi les propositions concernant l'état de santé de la patiente, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) La patiente est fragile
 - b) La patiente est indépendante pour les activités basiques de la vie quotidienne
 - c) La patiente est dépressive
 - d) La patiente est dénutrie
 - e) La patiente est à haut risque de nouvelle chute
-

Q 32. Compte tenu du profil de Mme D (celle du QCM précédent), parmi les propositions suivantes concernant les cibles thérapeutiques à fixer pour la pression artérielle, l'hémoglobine glyquée et la fréquence cardiaque, la(es)quelle(s) est (sont) exacte(s) ?

- a) Pression artérielle systolique < 150 mmHg
 - b) Pression artérielle systolique < 130 mmHg
 - c) Hémoglobine glyquée < 7 %
 - d) Eviter toute hypoglycémie
 - e) Fréquence cardiaque au repos ≤ 60 /min
-

Q 33. Parmi les propositions suivantes concernant l'autonomie et de la dépendance, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) L'autonomie se définit comme la capacité à réaliser seul les activités de la vie quotidienne
 - b) L'autonomie est l'inverse de la dépendance
 - c) La grille ADL est utilisée pour définir les personnes âgées pouvant bénéficier de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).
 - d) L'IADL est un outil d'évaluation de la dépendance pour les activités dites instrumentales de la vie quotidienne
 - e) La capacité à s'habiller seul est un des items de la grille IADL
-

Q 34. Parmi les propositions suivantes concernant la fragilité, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) La fragilité est définie comme une réduction des performances maximales
 - b) La fragilité est un état potentiellement réversible
 - c) Si au moins 2 critères de Fried sur 5 sont présents, la personne est considérée comme fragile
 - d) Le score de fragilité clinique de Rockwood distingue 5 états de santé différents
 - e) La majorité des personnes de 75 ans et plus sont fragiles ou dépendantes
-

Q 35. Parmi les propositions suivantes concernant les tests

cliniques d'évaluation de la marche et du risque de chute, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Le seuil de normalité retenu pour la station tandem est de 30 secondes les yeux fermés
 - b) Le Get up and go test est de réalisation trop longue pour être effectué par un médecin en consultation
 - c) Le Timed Up and Go Test est la version chronométrée du Get Up and Go Test
 - d) Le Stop Walking When Talking Test est un test en situation de double tâche
 - e) Le test de Tinetti n'est pas un test d'évaluation de la marche et de l'équilibre
-

Q 36. Parmi les propositions suivantes concernant la déshydratation en fin de vie, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) La déshydratation en fin de vie peut aussi avoir un effet bénéfique en termes de confort
 - b) La fin de vie s'accompagne généralement d'une perte des sensations de faim et de soif
 - c) Le maintien de l'hydratation artificielle après arrêt de l'alimentation, risque de prolonger la phase agonique
 - d) Les soins de bouche doivent prévenir la sécheresse buccale
 - e) Forcer les patients en fin de vie à manger ou à boire peut être considéré comme de l'obstination déraisonnable
-

Q 37. Parmi les propositions suivantes concernant les questions incluses dans l'outil mini-GDS de repérage des troubles thymiques, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Avez-vous souvent des idées noires ?
 - b) Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?
 - c) Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
 - d) Avez-vous l'impression d'être en plus mauvaise santé que la majorité des gens de votre âge ?
 - e) Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?
-

Q 38. Parmi les propositions suivantes concernant la prise des repas d'une personne qui a des troubles de déglutition l'exposant à des fausses routes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Bien Positionner le résident : position assise stricte, dos droit, tête légèrement penchée en avant
 - b) Utiliser une petite cuillère
 - c) Privilégier les boissons chaudes ou, au contraire, bien fraîches
 - d) Utiliser une paille pour donner à boire
 - e) Utiliser un verre canard
-

Q 39. Parmi les propositions suivantes concernant les traitements de la douleur chez la personne âgée, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Les traitements de palier II sont souvent mal tolérés chez les personnes âgées
 - b) Une titration des opioïdes est nécessaire
 - c) 30 mg/jour de morphine orale sont équivalents (équianalgésie) à 25 µg/h de DUROGESIC®
 - d) La prégabaline est un traitement des douleurs neuropathiques
 - e) Il faut toujours respecter un passage par tous les paliers dans le traitement de la douleur chez la personne âgée
-

Q 40. Parmi les propositions suivantes concernant la douleur chez une personne âgée vivant en EHPAD, laquelle

(lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) L'EVA (Échelle Visuelle Analogique) n'a pas de place en EHPAD
 - b) Chez la personne âgée présentant une altération de la communication verbale, l'apparition d'une agressivité doit faire rechercher une douleur sous-jacente
 - c) L'échelle ECPA permet d'évaluer la douleur pendant et en dehors des soins
 - d) L'échelle ALGOPLUS permet d'évaluer la douleur chronique chez les personnes âgées
 - e) L'échelle DOLOPLUS comporte trois dimensions
-