

# Comment optimiser l'échelle de Katz pour dépister et anticiper les troubles générés par les démences

WINANTS Monique

# Quelques rappels

Echelle de  
Katz

Démence

La  
législation

# Echelle de Katz

## Instrument qui mesure :

le degré  
d'autonomie

de la  
personne  
âgée

dans les AVJ  
ou AVQ

## Par le biais de 8 Activités:

- Se laver
- S'habiller
- Se déplacer
- Se rendre au WC
- Contrôler ses sphincters
- S'alimenter
- S'orienter dans le temps
- S'orienter dans l'espace



Cet outil est-il maîtrisé par les évaluateurs ?

L'évaluation réalisée est-elle subjective ou objective ?

Cet outil d'évaluation est-il exhaustif ?

Outil maîtrisé ?

# Evaluation sur base: de la Grille de Katz



Iriscare

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil  
**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT  
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

Annexe 41

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution : .....

NOM – Prénom : ..... Numéro national : .....

**A. Echelle** (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

Outil maîtrisé ?

# Evaluation sur base: des directives

## Item : Se laver

Se laver

### 1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement **sans aucune aide** **et** **sans aucune forme de surveillance** **ou** **de stimulation**.

### 2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, **ou**

b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, **moyennant une stimulation et sans** la nécessité d'une **surveillance** et/ou d'une présence continue(s).

La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au **score '2'**.

### 3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités:

a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, **ou**

b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, **moyennant une stimulation** individuelle continue (par exemple vocale) **et** une **surveillance active** continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au **score '3'**.

### 4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

**Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.** |

Outil maîtrisé ?

# Evaluation sur base: des directives

## Item : S'Habiller

### 1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement **de sa propre initiative**, **sans** aucune aide **et** sans aucune forme de **surveillance** ou de **stimulation**.

Il s'agit de patients qui savent ce **qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements**.

Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

### 2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus **ou** en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)

#### Il existe deux possibilités:

a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour **s'habiller et/ou** se **déshabiller** au-dessus **ou** en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), **ou**

b) Le patient est capable de s'habiller **et/ou** de se déshabiller au-dessus **ou** en dessous de la ceinture moyennant une **stimulation** (par exemple la préparation de ses vêtements) **et sans** la nécessité d'une **surveillance** continue et/ou d'une présence continue.

### 3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

#### Il existe trois possibilités:

a) Le patient a chaque fois besoin d'une **aide active partielle** pour s'habiller **et/ou** se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, **ou**

b) **Le patient est encore capable** de s'habiller **et/ou** de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une **stimulation** individuelle continue (par exemple vocale) et une **surveillance** active continue, **ou**

c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs).  
**Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décentement.**

### 4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

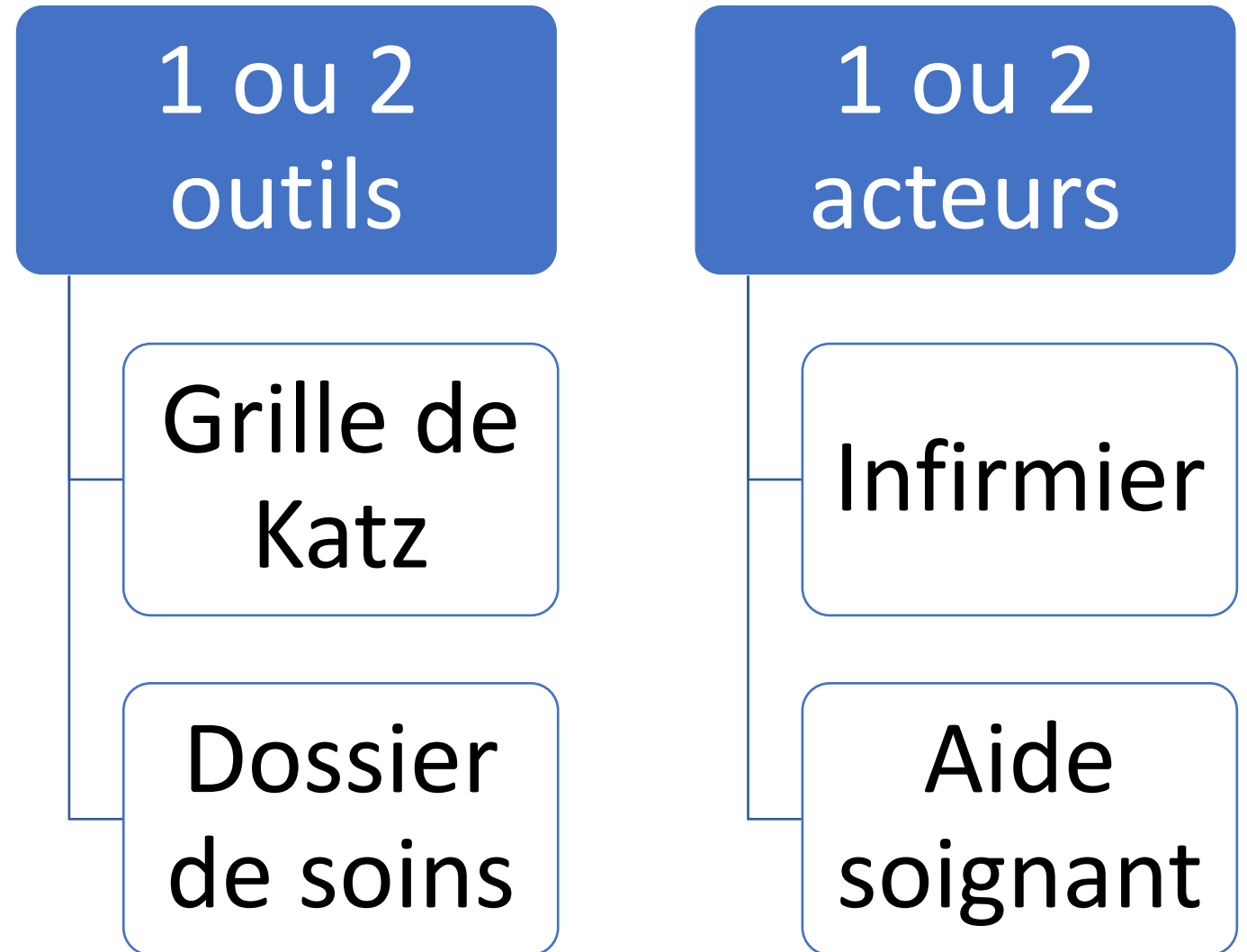
La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout.

**Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.**



Evaluation subjective ou objective ?

Evaluation subjective !



Outil d'évaluation exhaustif ?

AR 2004 → 2014 : (E. de Katz) + Bilan Médico sociale pluridisciplinaire à l'admission, actualisé un mois après

**Art. 2.** Dans l'article N1 - Annexe 1<sup>re</sup> "Maisons de repos et de soins",  
**A. "Normes générales"** du même arrêté, la disposition sous 1.b) est remplacée comme suit :

"b) **qu'une évaluation médico-sociale pluridisciplinaire**, dont le contenu et les modalités sont définis par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, **doit démontrer** que toutes les possibilités de soins à domicile ont été explorées et que, par conséquent, l'admission dans une maison de repos et de soins est requise.

**Un mois après l'admission** dans la maison de repos et de soins, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire procèdent à **l'actualisation de cette évaluation.**".

# Les démences

# Maladies cérébrales neuro dégénératives

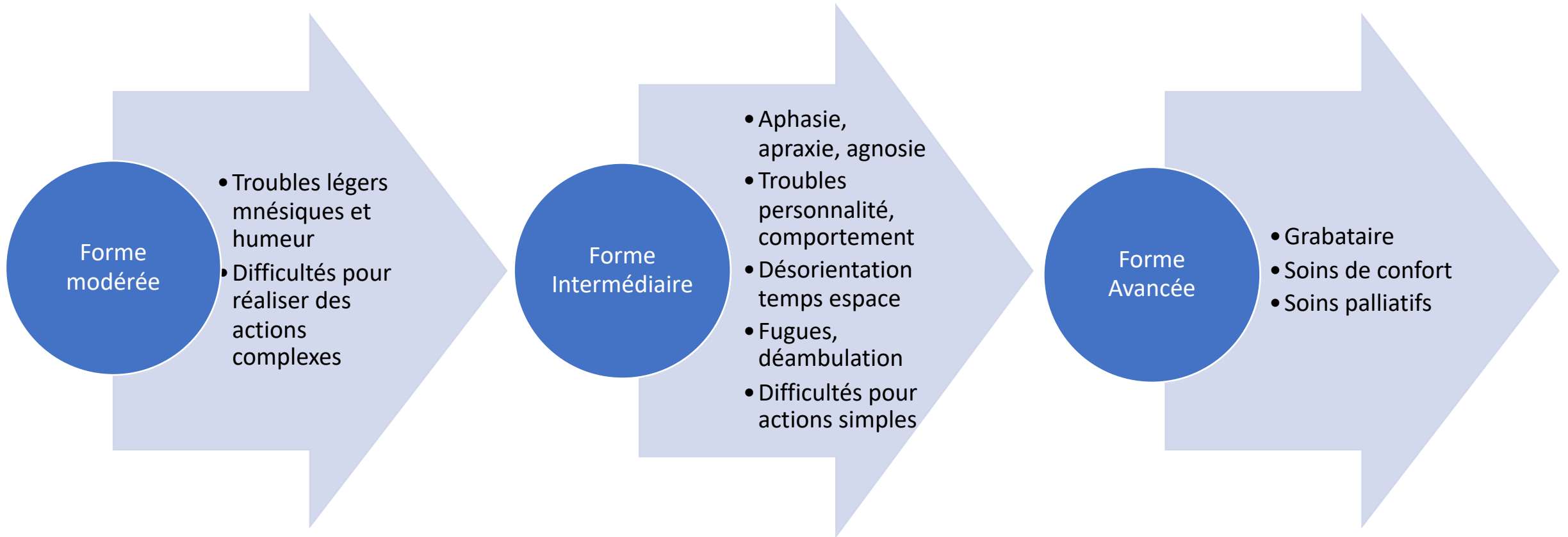
## Différentes Origines

- Dégénérative
  - Corticale
  - Sous corticale
  - Cortico sous corticale
- Vasculaire
- Mixte
- Infectieuse – Métabolique
- Traumatique
- ...

## Les classiques

- D. d'Alzheimer 60 %
- D. à Corps de Lewi
- D. Fronto-temporale
- D. de Parkinson
- D. de Huntington
- D. Vasculaire
- D. Mixte
- D. de Korsakoff
- ...

# Déclin progressif, cognitif et fonctionnel, vers une dépendance totale



# Les Complications ou problèmes

- Incontinence
- Confusion, agitation,
- Désorientation temps espace
- Dépression
- Chutes, fractures
- Plaies, escarres
- Infections
- Dysphagie ou fausse route
- Malnutrition, dénutrition
- Déshydratation
- ....



- Concept de grande fragilité !
- Les Syndromes en gériatrie !
- Indicateurs qualité !

# Personne âgée avec ou sans troubles cognitifs



Personne âgée  
Polypathologies  
Polymédication

## Syndromes gériatriques classiques

- Chutes répétées
- Malnutrition ✓
- Troubles cognitifs (y. c. état confusionnel)✓
- Incontinence ✓
- Perte d'autonomie/dépendance ✓
- Dépression (? , difficile à estimer, plutôt non)
- Escarres ✓

Fragilité Vulnérabilité  
Risques  
Incidents / accidents



Troubles cognitifs  
Démences

Perte d'autonomie progressive dans les AVJ

# La Législation

Que demande t-elle ?

Quels sont les outils mis à disposition?



# Objectifs communs : Le patient gériatrique

AR  
09/2004

- AR Fixant les normes d'agrément pour les MRS

AR  
01/2007

- PDSG Programme de soins pour le patient Gériatrique

Inami  
06/2011

- Un référent pour la démence

AR  
03/2014

- AR modifiant l'AR de 2004 et fixant les normes d'agrément

Bel Rai  
2020

- Résident Assessment Instrument

# AR 03/2014 - M. 10/04/2014

## Normes générales dont entre autres:

- **Organiser** la concertation pluridisciplinaire
- **Réaliser** une évaluation multidisciplinaire à l'admission et > 1 mois
  - **Evaluer** le degré de fragilité et les comorbidités (vision holistique)
  - **Evaluer** et **prévenir** les risques d'incidents et d'accidents (syndromes G)
  - **Prévenir** le déclin fonctionnel
- **Construire** un plan de soins individualisé, pluri et interdisciplinaire
- **Evaluer** et **optimiser** le PDS en concertation pluridisciplinaire

# AR 03/2014 - M. 10/04/2014

## Normes de Qualité

- **Elaborer** un Programme Qualité
- **Evaluer** la performance des soins via les indicateurs de qualité
- **Développer** des politiques et des procédures en matière de :
  - Prévention des plaies et escarres,
  - Prévention des infections,
  - Gestion incontinence,
  - Accompagnement démence,
  - Soins palliatifs,
  - Mesure de contention, isolement,
  - Hygiène, hygiène bucco-dentaire, nutrition,
  - Approche non médicamenteuse, formulaire thérapeutique
  - ....

## Normes en personnel = Equipe multidisciplinaire

- Infirmiers
- Aide soignants
- Personnel paramédical : Kiné, ergo, logo
- Personnel de réactivation
- Personne de référence pour la démence
- Médecin Coordinateur
- Infirmier en chef - Coordinateur

# Optimiser l'Echelle de Katz

Dépister et anticiper les problèmes liés à la démence



Evaluation



Pré  
admission



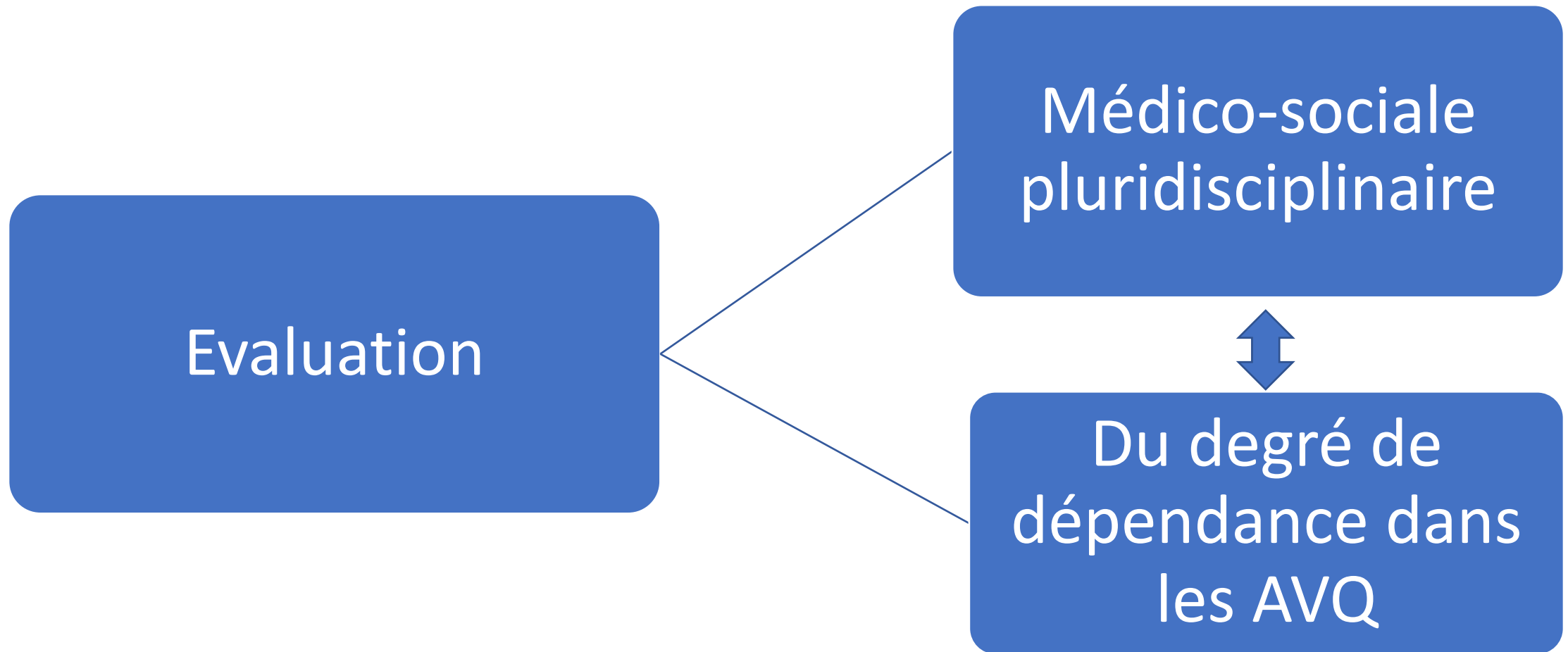
Per  
admission

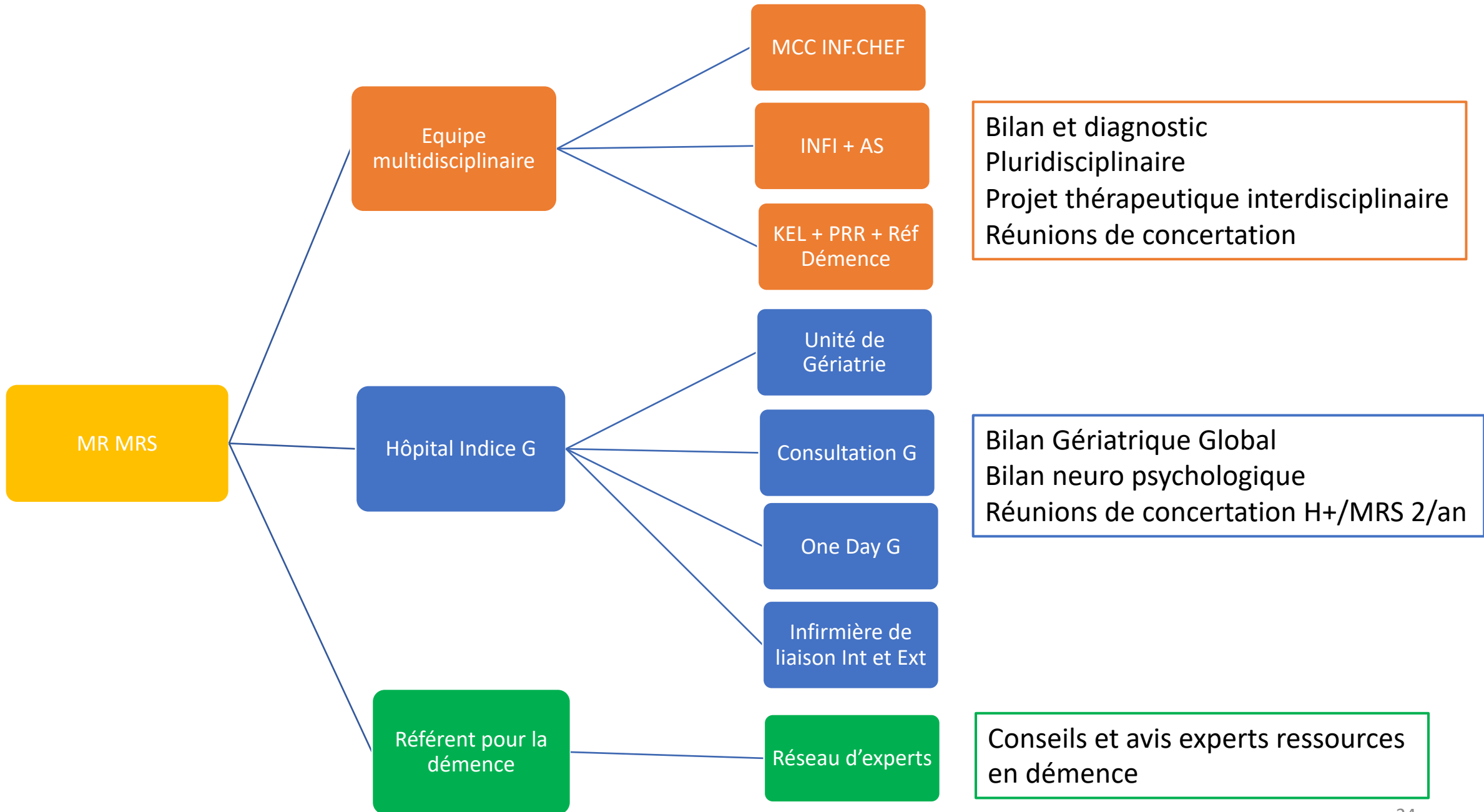


Post  
admission



Tout au long du séjour







# Evaluation Pluridisciplinaire



## Plusieurs outils

Dossier  
d'admission

Bilan G.Global

Grille de Katz  
+ directives

Dossier de  
soins et fiche  
de traitement

## Plusieurs acteurs

Equipe  
soignante  
(Inf-AS)

Equipe  
paramédicale

MT et MCC

Ressources  
externes

# Evaluer quoi – comment - pourquoi

- Autonomie dans les AVQ : [Echelle KATZ](#)
- Activités de base de la vie quotidienne : [Echelle ADL \(Lawton & Brody\)](#)
- Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne : [IADL](#)
- Malnutrition - Dénutrition : [IMC – MNA - Dysphagie](#)
- Mobilité – Equilibre : [TINETTI – Get up & Go...](#)
- Cognition : [MMSE - Test de l'Horloge...](#)
- Thymie : [GDS...](#)
- Douleur : [DoloPlus – AlgoPlus](#)

# Evaluer quoi – comment - pourquoi

- Polymédication
- Troubles sensoriels (vision, audition)
- Etat bucco dentaire
- Continence
- Troubles du sommeil
- Troubles du comportement
- Assuétudes (tabac – alcool...)
- Situation psycho-sociale
- ....

# EVALUATION

Tests complémentaires: liste non exhaustive et non spécifique (BGG / BEL RAI)

## Echelle de Katz

Se laver

S'habiller – Se déshabiller

Transfert et déplacement

Aller à la toilette

Continence

Manger et Boire

Orientation Temps

Orientation Espace

## Equipe multidisciplinaire

Ergothérapeute

Ergothérapeute

Kinésithérapeute + Ergo

Kinésithérapeute + Ergo

Ergothérapeute

Logopède + Ergothérapeute + Diet

Psychologue + Logopède + Réf.D

Psychologue + Logopède + Réf.D

## Exemple de Tests

ADL - IADL

ADL - IADL

TINETTI – Get Up &Go

TINETTI - ADL

ADL

Dysphagie – ADL – IMC-MNA

MMSE – Horloge - GDS

MMSE – Horloge - GDS

# Cas pratique : demande d'admission

- Pour une personne de 87 ans, veuve, isolée, chutes répétées surtout la nuit
- Bénéficie de soins à domicile, une infirmière passe 1x/sem (médoc et douche)
- Les repas chauds sont livrés à domicile,
- Une aide familiale vient 2 x/sem
- L'aide familiale constate que Madame Novembre oublie de prendre ses médicaments, les repas ne sont pas consommés, les vêtements sont très souillés, Madame ne change pas de vêtement et a beaucoup maigrit ...c'est elle qui a alerté le médecin traitant et les soins à domicile

# Echelle de Katz et infos médicales

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution : .....

NOM – Prénom : Madame Novembre... Léonie..... née le 24/11/1935..... Numéro national : .....

## A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER	2		<u>est</u> capable de se laver complètement sans aucune aide	<u>a</u> besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	<u>a</u> besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	<u>doit</u> être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER	2		<u>est</u> capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	<u>a</u> besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	<u>a</u> besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	<u>doit</u> être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS	1		<u>est</u> autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	<u>est</u> autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	<u>a</u> absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	<u>est</u> grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE	1		<u>est</u> capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	<u>a</u> besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	<u>a</u> besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	<u>doit</u> être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE	2		<u>est</u> continent pour les urines et les selles	<u>est</u> accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	<u>est</u> incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	<u>est</u> incontinent pour les urines et les selles
MANGER	2		<u>est</u> capable de manger et de boire seul	<u>a</u> besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	<u>a</u> besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	<u>le</u> patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)	3		<u>pas</u> de problème	<u>de</u> temps en temps, rarement des problèmes	<u>des</u> problèmes presque chaque jour	<u>totalem</u> ent désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)	2		<u>pas</u> de problème	<u>de</u> temps en temps, rarement des problèmes	<u>des</u> problèmes presque chaque jour	<u>totalem</u> ent désorienté ou impossible à évaluer

QU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du .....

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie Q catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément catégorie D est demandée <sup>(1)</sup>

- un accueil en centre de soins de jour est demandé <sup>(1)</sup>

## B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

- Parkinson avec Troubles cognitifs récents
- 1 AIT en 2021
- IVP (Insuf Veineuse profonde)
- Douleurs articulaires (arthrose genou et hanche)
- Signes dépressifs, insomnie
- Troubles de l'équilibre et chutes
- Perte de poids
- Incontinence occasionnelle

# Conclusion

# Conclusion

- Il existe diverses classifications des démences en fonction de la zone où se situe l'altération: les démences Vasculaires et les démences dégénératives subdivisées en fonction des régions neurologiques atteintes,
- Le type de déficits cognitifs, et/ou moteurs, permet de préciser le type d'atteinte neurologique,
- Les tests réalisés dans le cadre du bilan neuropsychologique ne constituent qu'une indication des déficits ou des capacités préservées,
- Le bilan neuropsychologique doit également s'intégrer à d'autres données pour établir une démarche diagnostique,



# Conclusion

- Tout au long du développement des démences neuro-dégénératives, l'évaluation par l'échelle de Katz n'a pas d'autres objectifs que de mesurer le degré de dépendance et le degré de fragilité, mais aussi de dépister et d'anticiper les risques auxquels est exposée une personne âgée atteinte de déficits cognitifs,
- Le dépistage et la prévention de ces risques ou complications doivent être évalués par les différents experts qui composent l'équipe multidisciplinaire,
- Le projet thérapeutique construit en concertation pluridisciplinaire visera à éviter les complications, les incidents ou les accidents, et de ralentir le déclin fonctionnel par un accompagnement interdisciplinaire,

Optimiser l'échelle de Katz, c'est évaluer et travailler en concertation pluridisciplinaire,

Anticiper les risques, c'est travailler en complémentarité et en interdisciplinarité

# Autres Echelles d'évaluation en complément de l'Echelle de Katz

# ADL - IADL (Lawton & Brody)

## ADL (autonomie physique)

- Manger
- Se laver
- S'habiller
- Utilisation des W.C.
- Continence
- Marcher
- Transferts

## IADL (autonomie instrumentale)

- Utiliser le téléphone
- Faire les courses
- Préparer les repas
- Entretien de la maison
- Faire la lessive
- Utiliser les moyens de transports
- Prendre ses médicaments
- Gérer ses finances

Échelle de soins personnels IADL 1° partie		
Nom	Prénom	
Sexe	Âge	
Date	Examineur	
		<b>Code</b>
<b>A - Continence</b>		
1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent.		<input type="checkbox"/>
2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum).		
3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine.		
4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine.		
5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical.		
<b>B - Alimentation</b>		
1. Mange sans assistance.		<input type="checkbox"/>
2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas.		
3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir.		
4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas.		
5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir.		
<b>C - Habillement</b>		
1. S'habille, se déshabille, choisir ses vêtements dans sa garde-robe.		<input type="checkbox"/>
2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère.		
3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements.		
4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour		
5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider.		
<b>D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)</b>		
1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance.		
2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser.		<input type="checkbox"/>
3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels.		
4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela.		
5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène personnelle.		
<b>E - Mobilité</b>		
1. Va se promener dans des parcs ou en ville.		<input type="checkbox"/>
2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison.		
3. Se déplace avec l'aide :		
a) d'une canne,		
b) d'une béquille,		
c) d'une chaise roulante :		
y sort et y rentre sans aide,		
a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir.		
4. S'assoied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide.		
5. Grabataire plus de la moitié du temps.		
<b>F - Toilette</b>		
1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette).		<input type="checkbox"/>
2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire.		
3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner.		
4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave.		
5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre.		

## ADL/IADL E. de Lawson & Brody Via l'Ergothérapeute

IMC Indice de Masse Corporelle

MNA Mini Nutritional Assesement

Le MNA est utilisé pour évaluer l'état nutritionnel et repérer une dénutrition

Cette échelle comporte **deux temps** :

1. le **dépistage** sur **14 points** qui repose sur 6 questions
  - si le score  $\geq$  à 12 : pas de problème ne pas poursuivre le test
  - si le score  $<$  à 12 : possibilité de malnutrition poursuivre le test
2. **l'évaluation globale** est notée sur **30 points** :
  - MNA  $<$  17 points = mauvais état nutritionnel
  - $17 <$  MNA  $<$  23,5 points = risque de malnutrition
  - MNA  $>$  24 points = état nutritionnel satisfaisant

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

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

### Dépistage

**A** Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?  
 0 = baisse sévère des prises alimentaires  
 1 = légère baisse des prises alimentaires  
 2 = pas de baisse des prises alimentaires

**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

**C** Motricité  
 0 = au lit ou au fauteuil  
 1 = autonome à l'intérieur  
 2 = sort du domicile

**D** Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?  
 0 = oui 2 = non

**E** Problèmes neuropsychologiques  
 0 = démence ou dépression sévère  
 1 = démence légère  
 2 = pas de problème psychologique

**F** Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)<sup>2</sup>  
 0 = IMC < 19  
 1 = 19 ≤ IMC < 21  
 2 = 21 ≤ IMC < 23  
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage   
 (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal  
 8-11 points: à risque de dénutrition  
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

### Evaluation globale

**G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?  
 1 = oui 0 = non

**H** Prend plus de 3 médicaments par jour ?  
 0 = oui 1 = non

**I** Escarres ou plaies cutanées ?  
 0 = oui 1 = non

Ref: Velaz B, Velaz H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10:456-465.  
 Rubenstein LZ, Hanker JD, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M396-397.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10:486-487.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 1299 10M  
 Pour plus d'informations : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

**J** Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?  
 0 = 1 repas  
 1 = 2 repas  
 2 = 3 repas

**K** Consomme-t-il ?  
 • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui  non   
 • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui  non   
 • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui  non   
 0,0 = si 0 ou 1 oui  
 0,5 = si 2 oui  
 1,0 = si 3 oui

**L** Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?  
 0 = non 1 = oui

**M** Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)  
 0,0 = moins de 3 verres  
 0,5 = de 3 à 5 verres  
 1,0 = plus de 5 verres

**N** Manière de se nourrir  
 0 = nécessite une assistance  
 1 = se nourrit seul avec difficulté  
 2 = se nourrit seul sans difficulté

**O** Le patient se considère-t-il bien nourri ?  
 0 = se considère comme dénutri  
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel  
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

**P** Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?  
 0,0 = moins bonne  
 0,5 = ne sait pas  
 1,0 = aussi bonne  
 2,0 = meilleure

**Q** Circonférence brachiale (CB en cm)  
 0,0 = CB < 21  
 0,5 = CB ≥ 21 ≤ 22  
 1,0 = CB > 22

**R** Circonférence du mollet (CM en cm)  
 0 = CM < 31  
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)   
 Score de dépistage   
 Score total (max. 30 points)

### Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points  état nutritionnel normal  
 de 17 à 23,5 points  risque de malnutrition  
 moins de 17 points  mauvais état nutritionnel

## Mini Nutritional Assement

# Echelle de TINETTI

Echelle d'évaluation de la peur de risque de chute dans les activités de la vie courante.

- **10 épreuves** qui évaluent l'équilibre statique et l'équilibre dynamique
- Deux parties:
- une étude statique comportant **13 items**, l'examen debout, d'aptitude à se lever et de déséquilibres intrinsèques. Chaque item est coté de 1 (normal) à 3 (anormal).
- une observation de la marche comportant **9 items** qui sont simplement cotés « normal » ou « anormal ».



ÉQUILIBRE	Score : ... /16		MARCHE	Score : ... /12
<u>Instructions</u>	Assise sur une chaise dure, sans accoudoirs donc, la personne testée effectue les manœuvres suivantes.		<u>Instructions</u>	Debout avec l'examineur dans un couloir ou une chambre, la personne marche d'abord à un rythme ordinaire, puis revient d'un pas plus rapide mais sûr (en utilisant ses propres aides : par ex. canne ou cadre de marche).
1. équilibre en position assise	- penche ou s'affale	0	10. se mettre en marche au premier signal	- hésitation ou diverses tentatives - sans hésitation
	- position assise stable et sûre	1	11. longueur et hauteur du pas pied D en mouvement	- ne dépasse pas le pied G au repos - dépasse le pied G au repos
2. se mettre debout	- impossible sans aide	0	pied G en mouvement	- ne se détache pas du sol - se détache du sol
	- possible à l'aide d'un appui des bras	1		- ne dépasse pas le pied D au repos - dépasse le pied D au repos
	- possible sans l'aide d'un appui des bras	2		- ne se détache pas du sol - se détache du sol
3. tentatives pour se mettre debout	- impossible sans aide - possible > 1 tentative - possible après 1 tentative	0 1 2	12. symétrie du pas	- inégalité des pas G et D - égalité des pas G et D
4. équilibre debout (5 premières sec.)	- instable (vacille, bouge les pieds et le tronc) - stable avec appui (déambulateur, canne ou autre) - stable sans le moindre appui	0 1 2	13. continuité du pas	- arrêts ou discontinuité des pas - les pas semblent continus
5. équilibre debout	- instable - stable, écart entre les pieds > 10 cm ou appui des bras - pieds joints, sans appui des bras	0 1 2	14. marche déviante	- nette déviance - déviance moyenne ou utilisation d'une aide à la marche - marche droite sans aide
6. poussée sur le sternum (3x) (pieds joints)	- commence à vaciller - vacille mais se redresse - stable	0 1 2	15. tronc	- mouvement prononcé du tronc ou utilisation d'une aide à la marche - pas de mouvement du tronc mais flexion des genoux, du dos ou écartement des bras - droit sans aide à la marche
7. yeux fermés (pieds joints)	- instable - stable	0 1	16. écartement des pieds	- talons séparés - talons se touchant presque lors de la marche
8. rotation de 360°	- petits pas irréguliers	0		
	- petits pas réguliers	1		
	- instable (vacille)	0		
	- stable	1		
9. s'asseoir	- peu sûr (tombe, calcule mal la distance)	0		
	- utilise les bras	1		
	- mouvements sûrs et aisés	2		

## Test de Tinetti

Un score < à 24 signifie généralement qu'il y a un problème ;

Un score < à 19 signifie que le risque de chute est multiplié par cinq.

# MMSE

- Le mini-mental state, ou MMS ou test de Folstein, est un questionnaire de 30 questions permettant de tester les facultés cognitives et de mémorisation d'une personne.
- Le mini-mental state touche aux sphères de la mémoire, de l'apprentissage, du langage, du calcul, des repères spatio-temporels, de la transcription et de l'attention,
- Si le score au test de Folstein est < à 24, une démence peut être suspectée.

# MMSE

		Score
<b>Orientation temporelle</b>		
Quel jour de la semaine sommes-nous?	0, 1	/1
Quelle est la date d'aujourd'hui? La réponse permet de coter les questions 2 à 4.		
Quelle date sommes-nous?	0, 1	/1
Quel mois sommes-nous?	0, 1	/1
En quelle année sommes-nous?	0, 1	/1
En quelle saison sommes-nous?*	0, 1	/1
<b>Orientation spatiale</b>		
Pouvez-vous me dire où nous sommes maintenant? Dans quel pays sommes-nous?	0, 1	/1
Pouvez-vous me dire où nous sommes maintenant? Dans quelle province sommes-nous?	0, 1	/1
Dans quelle ville/village sommes-nous maintenant?	0, 1	/1
A quel étage sommes-nous dans ce bâtiment? (ou dans quelle partie du bâtiment sommes-nous?)	0, 1	/1
Où sommes-nous? Comment s'appelle ce bâtiment? A quelle adresse sommes-nous?*	0, 1	/1
<b>Langage: Expression – Dénomination</b>		
Montrez un crayon: Qu'est-ce que c'est? Quel est le nom de cet objet?*	0, 1	/2
Montrez une montre: ? Qu'est-ce que c'est? Quel est le nom de cet objet?	0, 1	
<b>Langage: Expression – Répétition</b>		
Ecoutez bien et répétez après moi: « Pas de mais, de si, ni de et »	0, 1	/1
<b>Mémoire: Apprentissage</b>		
Je vais vous donner trois mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir. Je vous les redemanderai tout à l'heure.		
Donner les trois mots groupés, un par seconde, face au sujet, en articulant bien. * Compter un point par mot répété correctement au <b>premier essai</b> . Notez le nombre total de mots répétés.		
<b>CITRON</b>		
<b>CLES</b>		
<b>BALLON</b>		
	0, 1, 2, 3	/3
<b>Attention/Concentration</b>		
Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête. Il faut retirer chaque fois 7 du résultat. * Notez la réponse.		
93		
86		
79	0, 1, 2, 3, 4, 5	
72		
65		
Pouvez-vous épeler le mot <b>MONDE</b> à l'envers en commençant par la dernière lettre?	0, 1, 2, 3, 4, 5	/5
NOTEZ LE SCORE TOTAL LE PLUS ÉLEVÉ OBTENU À L'UN DE CES DEUX ITEMS		
<b>Mémoire: Rappel</b>		
Quels étaient les trois mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure?		
CITRON CLES BALLON	0, 1, 2, 3	/3
<b>Langage: Compréhension du langage écrit</b>		
Tendre la feuille avec le message. Voulez-vous lire et faire ce qui est écrit? 'Fermez les yeux' *	0, 1	/1
<b>Praxies constructives / Recopier et dessiner</b>		
Tendre la feuille de papier avec les deux pentagones: Voulez-vous recopier ce dessin le plus correctement possible? *		
	0, 1	/1
<b>Langage écrit: spontané</b>		
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez mais une phrase entière? *	0, 1	/1
<b>Praxies idéatoires</b>		
Poser une feuille de papier blanc sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant: Ecoutez bien et faites ce que je vais dire, prenez ce papier dans la main droite, pliez-le en deux et posez-le sur vos genoux. *		
<b>Main droite</b>		
<b>Piage</b>		
<b>Genoux</b>		
	0, 1, 2, 3	/3
* = voir instructions dans les consignes de passation		
<b>TOTAL</b>		<b>/30</b>

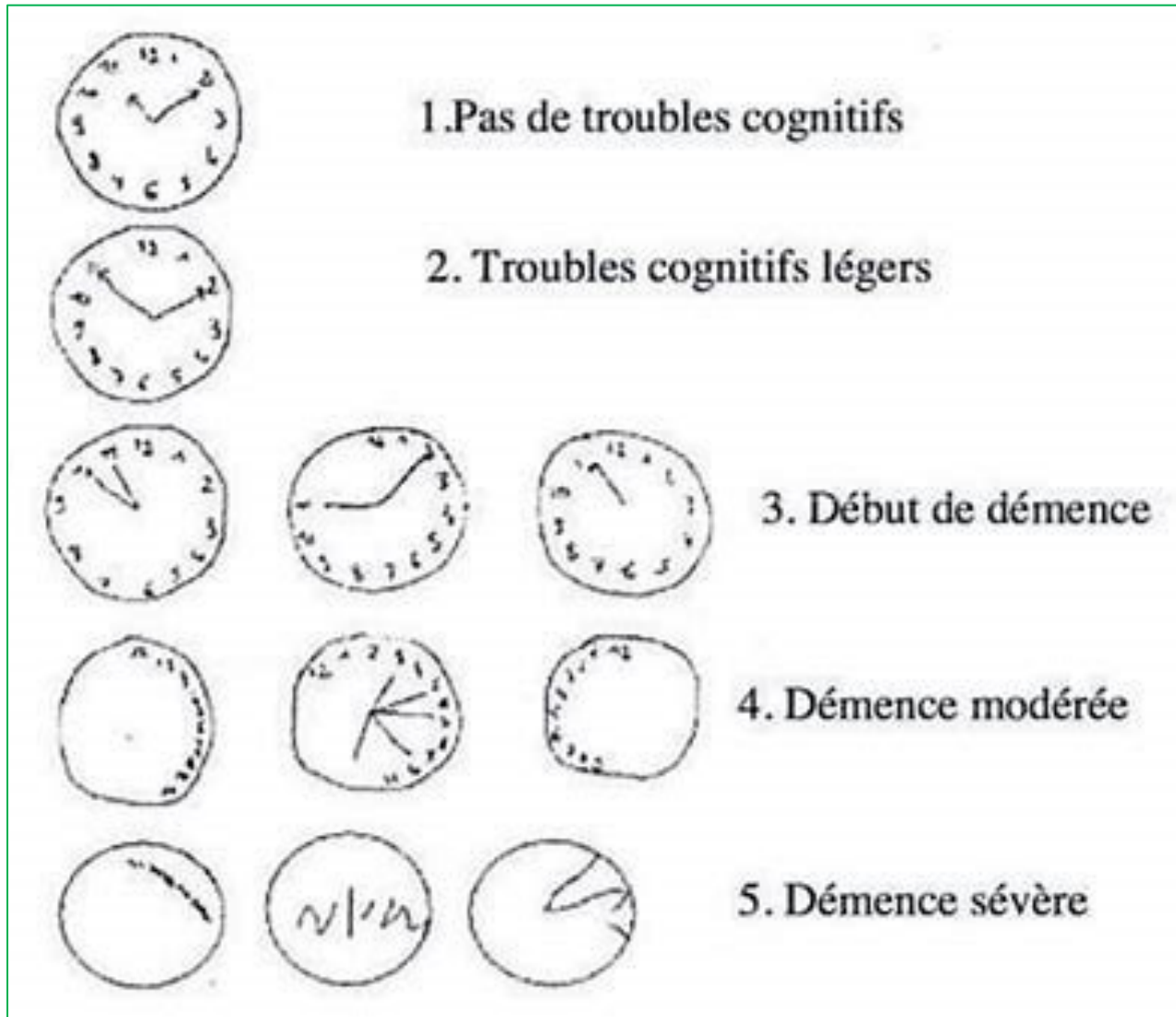
Si score  $\leq$  à 18/30, il peut sans contestation être classé en 3.

Si score  $\geq$  à 18/30, il ne doit pas être d'office classé en 2 ; d'autres éléments, notamment cliniques, peuvent être pris en considération qui justifient son classement en 3.

# Test de l'Horloge

- **Dépistage** de la maladie d'Alzheimer, de démence ou d'autres troubles neuro.
  - Rapide et facile à administrer.
  - De concert **avec d'autres tests**, tels que le MMSE.
  - N'est pas **un outil diagnostique**
- **Étape 1** : Dessiner et montrer le cercle d'une horloge
  - **Étape 2** : Demander d'y écrire les chiffres pour donner au cercle l'apparence d'une horloge.
  - **Étape 3** : Demander d'indiquer dans l'horloge par exemple 11 heures 10.

# Test de l'Horloge



Cotation quantitative

Version spontanée: sur 10

Déficitaire à 8

Cotation qualitative

# Mini GDS : 5 Questions

*Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.*

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ?  Oui  Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?  Oui  Non
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ?  Oui  Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?  Oui  Non

*Si réponse soulignée est cochée = 1 point*

SCORE TOTAL : \_\_\_\_ / 4

**Interprétation :**

- *Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression*
- *Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression*

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)
---

NOM :

Prénom :

Date :

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

Chaque réponse marquée \* vaut un point.

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

# GDS : 30 Questions

L'échelle de dépression gériatrique  
(GDS, Geriatric Depression Scale)

# Evaluation de la douleur

TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE  
DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR

Echelle DOLOPLUS

Echelle ALGOPLUS

<http://www.doloplus.fr/>



# DOLO PLUS

Permet l'évaluation de la **douleur chronique** chez la personne âgée ayant des [troubles de la communication verbale](#).

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE					
NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
Observation comportementale					
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>					
1* Plaintes somatiques	* pas de plainte	0	0	0	0
	* plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	* plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	* plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2* Positions antalgiques au repos	* pas de position antalgique	0	0	0	0
	* le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	* position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	* position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3* Protection de zones douloureuses	* pas de protection	0	0	0	0
	* protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	* protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	* protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4* Mimique	* mimique habituelle	0	0	0	0
	* mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	* mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	* mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (alone, flegme, regard vide)	3	3	3	3
5* Sommeil	* sommeil habituel	0	0	0	0
	* difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	* réveils fréquents (agitation nocturne)	2	2	2	2
	* insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>					
6* Toilette et/ou habillage	* possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	* possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	* possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	* toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7* Mouvements	* possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	* possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	* possibilités habituelles actives et passives limitées (même assis, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	* mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>					
8* Communication	* inchangée	0	0	0	0
	* intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	* diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	* absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9* Vie sociale	* participation habituelle aux différentes activités (repos, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	* participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	* refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	* refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10* Troubles du comportement	* comportement habituel	0	0	0	0
	* troubles du comportement à la sollicitation et bref	1	1	1	1
	* troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	* troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE					

COPYRIGHT

# ALGO PLUS



## Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

## Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....						
Heure	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5						
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des [troubles de la communication verbale](#)



© 2013 DADO Molina Photography

Merci !